

## **Consilierea si terapia durerii**

Un manual pentru practicienii sanatatii mintale

A doua editie

Dr. J. William Worden

Prima editie in Marea Britanie, 1983, editura Travistock Publications

Prima editie in SUA, editura Springer Publishing Company, Inc., New York

A doua editie publicata in Marea Britanie in 1991, editura Routledge, 11 New Fetter Lane, Londra, EC4P 4EE

Reeditata in 1992, 1993 (de doua ori), 1995, 1997, 1999 si 2000

Routledge reprezinta editia Taylor & Francis Group

1991 Springer Publishing Company, Inc

Printata si legata in Marea Britanie de Mackays of Gatham plc, Catham, Kent

Toate drepturile sunt rezervate. Nici o fractiune din aceasta carte nu poate fi copiată, reprodusa sau reutilizata in nici o forma, fotocopiata sau inregistrata, fara permisiunea scrisa a editorilor.

O inregistrare a acestei carti este disponibila la British Library

ISBN 0-415-07179-8 (pbk)

Mamei si tatalui meu.....

## Cuprins

*Prefata* ix

### 1. Atasament, pierdere, si sarcinile doliului 7

Teoria atasamentului / Este durerea o boala? / Este doliul necesar? / Cele 4 sarcini ale doliului / Cand se termina doliul?

### 2. Reactiile normale la durere : doliul lipsit de complicatii 21

Manifestarea durerii normale / Durerea si depresia / Determinantii durerii / Procesul de doliu

### 3. Consilierea durerii : Facilitarea doliului lipsit de complicatii 37

Scopurile consilierii durerii / Cine practica consilierea durerii / Cand sa practici consilierea durerii / Unde ar trebui facuta consilierea durerii? / Cine sunt beneficiarii consilierii durerii? / Identificarea riscurilor deposedarii / Principiile si procedurile counselingului / Tehnici utile / Folosirea medicatiei / Consilierea durerii in grupuri / Facilitarea durerii prin ritualuri funerare / Eficacitatea consilierii durerii

### 4. Reactii anormale la pierdere: Doliul complicat.....65

De ce oamenii nu reusesc sa jaleasca / Cum durerea devine distructiva / Diagnoza doliului complicat

## 5. Terapia durerii : Rezolvarea patologiei durerii

Setting si scopuri in terapia durerii / Proceduri in Terapia durerii / A se lua in considerare in terapia durerii / Tehnici si sincronizari / Evaluarea rezultatelor

## 6. Jelind tipuri diferite de pierderi.....93

Suicidul / Moartea brusca / Moartea brusca a unui copil (MBC) / Pierderea unei sarcini / Moartea copilului la nastere / Avortul / Durerea anticipatoare / SIDA

## 7. Durerea si sistemele familiale 117

Moartea unui copil / Copii ai caror parinti mor / Abordari diferite ale interventiei / Durerea si cei varstnici / Nevoile familiei vs nevoile individului

## 8. Durerea consilierului 133

Stres si Burnout

## 9. Formarea pentru terapia durerii 141

*Bibliografie* 157

*Index* 179

## **Prefata**

Au trecut 9 ani de la publicarea "Consilierea si terapia durerii".In acest interval de timp au aparut o multitudine de publicatii al caror subiect erau doliul si durerea.Pentru aceasta a doua editie am facut un studiu intensiv al literaturii de la 1982 pana in prezent, incluzand informatiile reprezentative furnizate de acestia, precum si propria mea abordare a procesului de doliu, rezultata din cercetarile si munca mea de clinician.

Cititorii primei editii vor descoperi un rafinament al conceptiilor anterioare precum si noi concepte.De exemplu, am inclus sectiuni ale doliului bolnavilor de SIDA si ale lucrului cu varstnicii.Deoarece mare parte din terapia durerii se desfasoara in grup, am introdus o sectiune in care se discuta factorii care trebuiesc urmariti in alcatuirea unui astfel de grup.In acest capitol se gasesc sugestii utile pentru coordonatorii unor astfel de grupuri, modalitati de gestiune ale diferitelor tipuri de comportamente care pot aparea intr-un asemenea grup.

O bibliografie extensiva, dar atent selectionata, ar trebui sa constituie un suport pentru cei care ar vrea sa abordeze mai mult o anume tema.Aceasta bibliografie reprezinta o resursa valoroasa pentru studentii sau cercetatorii care ar vrea sa continue munca de cercetare in aceasta zona, demers pe care il incurajez.

Mulumiri speciale celor care m-au asistat cu acest proiect.li multumesc e aceasta cale lui Naji Abi Hashem pentru ajutorul dat in studierea literaturii recente, si lui Marlyn Weller pentru incurajarile si eficacitatea muncii sale de editor. Extind aprecierile mele pentru Karin Worden, Pam Grant, Jan Alarcon, Roy Neuner, Kevin Gilleland si Nancy Vandevanter pentru asistenta lor.Si, ca intotdeauna, familia si prietenii au furnizat un important suport emotional.

JWW

Massachusetts

California

Boston,

Laguna Niguel,





*Doar oamenii capabili de sentimente puternice de iubire pot suferi un regret intens, dar aceeași necesitate de a iubi servește pentru a contracara efectele doliului și pentru a îi vindeca.*

*Tolstoi*

## **Consilierea si terapia durerii**

## Introducere

În ultimii 20 de ani, profesioniștii din domeniul sănătății au manifestat un interes crescând față de moarte și de a muri. Ca urmare, a rezultat un interes față de subiectele înrudite de doliu și jale. Această carte are scopul de a ajuta pe practicienii sănătății mintale să înțeleagă mai bine complexul fenomen al jalei, pentru a-i ajuta pe cei aflați în doliu să-și soluționeze durerea într-un mod sanatos.

De ce este necesar ca practicienii sănătății mintale să fie interesați de aceste subiecte? Răspunsul este simplu. Oamenii ajung în cabinetele lor fiind blocați în această durere. Ajung cu convingerea că ei nu trec prin aceste experiențe, că doliul nu se va sfârși niciodată, și că au nevoie de ajutor pentru a se putea întoarce printre cei vii. Astfel, durerea este factorul declansator pentru o serie de tulburări fizice și psihice. Oamenii caută ajutor fizic sau psihologic fără a recunoaște neapărat un principiu cauză efect dintre această tulburare și durerea prin care trec.

Aaron Lazare, un coleg psihiatru, estimează că un procent între 10 și 15% dintre pacienții clinicii din Massachusetts General Hospital, prezintă, în afara particularităților psihofiziologice și o reacție de doliu nerezolvat (Lazare, 1979). Zisook a aflat că 17% dintre pacienții aflați în ambulator într-o clinică psihiatrică din California au un doliu nerezolvat, conform autoevaluării lor (Zisook, 1985). Psihiatrul John Bowlby confirmă acest fenomen când spune: "Experiența clinică și interpretarea dovezilor nu lasă loc dubiului: marea majoritate a bolilor psihiatrice sunt o expresie a unui doliu patologic. Multe din aceste boli sunt cazuri de anxietate, depresie, isterie, și alte dereglări caracteriale". (Bowlby, 1980, p. 23). Practicianul trebuie să recunoască durerea și să înțeleagă rolul jucat în problemele medicale și psihiatrice.

Un număr semnificativ de studii arată impactul doliului în morbiditate și mortalitate. Durerea exacerbează nu doar morbiditatea psihică ci și cea psihiatrică. Această afirmație este în special valabilă pentru cazurile de

morbiditate asociate cu doliul conjugal, cu pierderea unui sot sau sotie. Unul din cele mai semnificative studii despre legatura dintre simptomele fiziologice si psihologice a fost facut de catre Parkers si asociatii in Londra si Boston, (Studiul doliului efectuat la Harvard), de Clayton si asociatii in St. Louis, de Weiner si asociatii in New York, de Crisp si Priest in Londra, de Heymon si Gianturco la universitatea Duce, si de Shuchtersi colaboratorii la San Diego\*. Aceste studii reprezinta studiile prospective ale doliului. Sunt numeroase studii retrospective si multe relatari ale doliului in concordanta cu numeroase boli fizice sau psihice, dar studiile prospective raman cele mai valide.

Concluzia acestor tipuri variate de studii cu privire la doliul conjugal sunt impartite si neconsistente. Una din dificultatile analizei comparative a studiilor este ca au ca subiecti oameni din diferite zone geografice, statuate economice si varste. Cu toate acestea majoritatea acestor studii arata ca cel aflat in doliu manifesta simptome depresive in primul an dupa pierdere comparativ cu grupul de control care nu se afla in doliu (Parkes & Brown, 1972). Mai mult, studiile arata ca cei neimplicati intr-o relatie de cuplu, dar aflati in doliu manifesta un discomfort fizic mai pregnant si au tendinta sa apeleze la mai multe medicamente pentru eliberarea de simptom comparativ cu lotul de control, format din oameni casatoriti (Clayton, 1974). Altii arata ca, in cea mai mare parte, varstnicii sufera niste schimbari ca urmare a discomfortului fizic, vizitelor medicale si al numarului de spitalizari (Haymon si Gianturco, 1973). Astfel, cu toate ca toti vaduvii si vadovele prezinta simptome depresive in primul an dupa decesul sotului (sotiei), tinerii manifesta simptome fizice mai accentuate decat cei in varsta (Bowlby, 1980; Clayton, 1979).

In ciuda acestor descoperiri, se pare ca dupa moartea unui sot se inregistreaza o crestere a simptomelor: dureri de cap, tremuraturi, ameteala, palpitatii, tulburari gastro-intestinale). Dar nu se inregistreaza o crestere a frecventei astmului, cancerului sau diabetului. Ca urmare s-a sugerat ipoteza ca aceste modificari fiziologice ar fi manifestari ale durerii, ca incercari ale individului de a intra in contact cu senzatiile corporale ale depresiei (Liberman & Jacobs,

---

\* Referintele acestor studii se gasesc in bibliografie

1987).In plus, s-a manifestat un interes crescut cu privire la impactul pierderii asupra functionarii fizice mediat prin alterarea raspunsurilor imunitare (Schleifer, 1983).

Cand studiem consecintele doliului asupra sanatatii trebuiesc luate in considerare doliul mascat, sau ceea ce mai este cunoscut drept boala facsimila (Zisook&DeVaul, 1976). Supravituitorul poate manifesta simptomele manifestate de cel drag inaintea mortii.Doctorii care trateaza pacienti aflati in doliu ar trebui sa se interseze de simptomele avute de cel decedat, putand astfel sa faca o evaluare care sa includa sau sa excluda apartenenta subiectului la o astfel de simptomatologie.Acest subiect va fi reluat in detalii in capitolul 4.

Deasemenea, trebuie elucidat daca oamenii care sufera dupa cel drag trebuie sa beneficieze sau nu de un ajutor psihiatric in perioada de doliu.Mai multe studii au investigat aceasta problematica, dar deocamdata datele nu sunt concludente. Paula Clayton, in studiul ei prospectiv asupra vaduviei a concluzionat ca "consultatiile psihiatrice ca urmare a mortii unui sot sunt rare.Spitalizarea psihiatrica este si mai rara si probabil are o frecventa atat de redusa incat este necesar sa nu consideram doliul ca o cauza a bolii mintale" (Clayton, 1979, p.1532). Collin Parkes si colegii sai din Londra au un alt punct de vedere.Ei cred ca reactiile acute de durere devin frecvent cronice, ceea ce face interventia psihiatrica o necesitate (Parkes, 1964, 1965).

Un al treilea punct investigat este relatia dintre doliul conjugal si mortalitate. Aproape toata lumea a auzit povesti despre moartea unui sot imediat dupa moartea partenerului.Acest lucru se pare ca se intampla mai degraba in cazul barbatilor.Care sunt doveziile care sa sprijine cresterea mortalitatii ca urmare a pierderii unui sot?Din pacate sunt inconcludente.

Wolfgang si Margaret Stroebe in Germania de Vest au examinat indeaproape studiile mortalitatii si a doliului si au ajuns la concluzia ca sunt inconcludente.Ei incurajeaza studiile longitudinale care sa ia in considerare explicatii alternative pentru gasirea de corelatii semnificative intre doliu si mortalitate.Aceste explicatii ar putea include: (a) ambii sotii au murit de o infectie comuna; (b) ambii sotii convietuiau in acelasi mediu nefavorabil sanatatii; (c) sotul

supraviețuitor nu a mai avut grija de sotul decedat; (d) singurătatea a condus la simptome fizice; și (e) sănătatea sotului supraviețuitor a fost deteriorată datorită creșterii consumului de alcool, droguri sau tutun (Stroebe & Stroebe, 1987)

K. J. Helsing și colegii au studiat rata mortalității a celor care au devenit văduvi între 1963 și 1974 în Washington County, Maryland. Când au făcut comparația cu un cuplu căsătorit, cercetătorii au aflat după ajustarea unui număr de variabile demografice și comportamentale că rata mortalității bazată pe ani/persoană cu risc erau la fel pentru femeile văduve ca și pentru cele maritate, dar semnificativ mai mari pentru bărbații văduvi comparativ cu bărbații căsătoriți. O altă descoperire interesantă a fost că bărbații care s-au recăsătorit se aflau la un risc mai redus decât femeile care rămăneau singure. Lucrul acesta nu este valabil și pentru femei (Helsing et al., 1981). O posibilă explicație este că doar bărbații cu o mai bună condiție fizică se recăsătoreau.

Două studii recente care au folosit esantioane mari, unul din Marea Britanie și altul din Finlanda, au ajuns la concluzii similare: mortalitatea era mai ridicată atât la bărbați ca și la femei imediat după pierderea sotului. În anii imediat următori, mortalitatea era mai ridicată doar pentru bărbați, în comparație cu cei care nu au pierdut pe nimeni. Acest lucru se aplică mai ales la tineri (Johnes & Goldblatt, 1987; Kapiro et al., 1987). Cu toate că această afirmație necesită studii prospective ulterioare, se pare că moartea unui sot poate fi asociată cu mortalitate ridicată pentru ambele sexe, cu un risc mult mai mare pentru bărbați.

Oamenii au fost în doliu de mii de ani, cu mult înainte de apariția conceptului de sănătate mintală. Cu toate acestea, realitatea empirică este că oamenii solicită ajutor profesional în procesul de doliu. Acest lucru se poate datora extinderii duratei medii de viață, care ajunge acum în jurul cifrei de 100 de ani. În alte timpuri, oamenii ar fi solicitat ajutor de la liderii sau comunitatea religioasă de apartenență, însă astăzi, un procent semnificativ nu mai aparține unei comunități religioase formale, și își îndreaptă atenția către specialiști din domeniul sănătății mintale. Astfel, mobilitatea excesivă a societății noastre a dus la schimbarea focalizării solicitării ajutorului. În trecut, familia extinsă era aproape

iar vecinii ofereau o retea coeziva care ajuta oamenii sa faca fata pierderii. Acum sentimentul de apartenenta furnizat de comunitate nu mai exista , iar familia extinsa este separata.

Durerea a fost comparata cu boala fizica.In vechiul testament profetul Isaia a lasat impresia ca durerea profunda poate dauna inimii. Atat durerea cat si boala fizica au nevoie de timp pentru a se vindeca, si, intr-adevar amandoua includ componente emotionale si fizioalogice.Comparand boala fizica si durerea, lucratorul social Betha Simos a facut observatia: “ambele pot fi autolimitative sau pot necesita interventie din partea celorlalti. Si in amandoua, recuperarea poate varia de la o revenire completa la binele anterior, la recuperare partiala, la crestere si creativitate imbunatatita, sau amandoua pot impune handicapuri permanente, declin sau chiar moarte.” (Simons, 1979, p. 30).

Doliul este un proces complex, ia oamenii isi exprima durerea in moduri foarte diferite.Cu toate ca focusul principal este pe pierderi rezultate din deces, principiile de aici se pot aplica pe diferite tipuri de doliu – divort, amputari, pierderea job-ului, si pierderile suferite de victime ala violentei sunt doar cateva din acestea. In aceasta carte lucratorul in sanatatea mintala va beneficia de cunostintele acumulate in acest subiect intr-un format usor si accesibil. O parte din acest material va fi prezentat grafic, dar acest lucru nu inseamana ca doliul ar fi un fenomen simplu sau lipsit de complicatii.

Aceasta carte ofera reflectii asupra urmatoarelor subiecte:

- Ce experimenteaza oamenii ca urmare a unei pierderi
- De ce experimenteaza aceste lucruri
- Cele patru mari sarcini ale doliului
- Cum poti ajuta oamenii in aceste sarcini
- Cum sa-ti dai seama ca durerea s-a incheiat
- Cum sa identifici complicatiile in durere
- Moduri in care sa tratezi aceste complicatii
- Cum sa ajuti familiile in rezolvarea unor pierderi
- Cum sa ajuti oamenii in situatii speciale de pierdere

- Cum sa maximizezi eficacitatea unui consilier in terapia durerii

Nu cred ca este necesar sa stabilim o noua profesie, aceea de consilier in terapia durerii. D. M. Reilly, asistent social, a spus: "Nu este neaparat nevoie sa creem o noua profesie de....consilieri in terapia durerii. Avem insa nevoie de mai multa reflectie si senzitivitate, de activitati in jurul acestui subiect ca parte a unor grupuri profesionale existente; Ma refer la cler, directori de pompe funebre, terapeuti, familii, asistente, asistenti sociali si doctori (Reilly, 1978, p.49).". Prin aceasta carte ma adresez acelor care, prin profesiile exercitate sunt in mod traditional in pozitia de a furniza ajutor indoliatului si care poseda cunostintele si aptitudinile necesare pentru interventii eficace, si in unele cazuri, pentru a efectua preventii in sanatatea mintala.

## **Bibliografie**

Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Loss, sadness, and depression (vol. III). New York: Basic Books.

Clayton, P. J. (1974). Mortality and morbidity in the first year of widowhood. Archives of General Psychiatry, 30, 747-750.

Clayton, P. J. (1979). The sequelae and nonsequelae of conjugal bereavement. American journal of psychiatry, 136, 1530-1534

Helsing, K. J., & Szklo, M. (1981). Mortality after bereavement. American Journal of Epidemiology, 114, 41-52

Heymon D. & Gianturco, D. (1973). Long term adaptation by the elderly to bereavement. Journal of Gerontology, 28, 359-362.

Jones, D. R., & Goldblatt, P.O. (1987). Cause of death in widow(er) and spouses. Journal of Biosocial Science, 19, 107-121.



Kapiro, J., Koskenvuo, M., & Rita, H. (1987). Mortality after bereavement: An prospective study of 95, 647 widowed persons. *American Journal of Public Health*, 77, 283-287.

Lazare, A. (1979). Unresolved Grief. In A. Lazare (Ed.), *Outpatient psychiatry: Diagnosis and treatment* (pp. 498-512). Baltimore: Williams & Wilkens.

Lieberman, P. B., & Jacobs, S.C. (1987). Bereavement and its complications in medical patients: A guide for consultation-liaison psychiatrists. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 17, 23-39.

Parkes, C.M. (1964). Recent bereavement as a cause of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 110, 198-204.

Parkers, C.M., (1965). Bereavement and Mental illness, part I: a clinical study of the grief of bereaved psychiatric patients. *British Journal of Medical Psychology*, 38, 1-26.

Parkers, C.M., (1965). Bereavement and Mental illness, part II: a clinical study of the grief of bereaved psychiatric patients. *British Journal of Medical Psychology*, 38, 13-26

Parkers, C. M. & Brown, R. J. (1962) Health after bereavement: A controlled study of young Boston widows and widowers. *Psychosomatic Medicine*, 34, 449-461.

Reilly, D.M. (1978). Death propensity, dying and bereavement: A family system prospective. *Family Therapy*, 5, 35-55

Schleifer, S. J., et al. (1983). Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. *Journal of American Medical Association*, 250, 374-377.

Simos, B. G. (1979). *A time to grieve*. New York: Family service association.

Stroebe, W. & Stroebe, M.S. (1987) *Bereavement and Health: The psychological and physical consequence of partner loss*. Cambridge. Cambridge University.

Zisook, S. & DeVaul, R.A. (1976). Grief related facsimile illness. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 7, 329-336.

Zisook, S. & DeVaul, R. A. (1985). Unresolved Grief. *American Journal of Psychoanalysis*, 45, 370-379.

## Capitolul 1

### **Atasament, Pierdere si Sarcinile Doliului**

#### **Teoria Atasamentului**

Pentru a intelege impactul profund pe care doliul il are asupra comportamentului, trebuie sa intelegem semnificatia atasamentului. S-a scris destul de mult in literatura psihologica si psihiatrica despre natura atasamentului – despre ce este si despre cum apare. Un nume de referinta in acest subiect este psihiatrul britanic John Bowlby. Acesta si-a dezvoltat cariera in jurul conceptelor de atasament si pierdere publicand pe subiect un numar considerabil de volume si articole.

Teoria atasamentului a lui Bowlby ne permite incadrarea intr-un cadru conceptual a tendintei umane de a crea legaturi puternice afective cu ceilalti si ne ofera o modalitate de a intelege puternica reactie emotionala care apare atunci cand aceste legaturi sunt amenintate sau rupte. In elaborarea acestei teorii Bowlby a inclus cercetari din etologie, teoria controlului, psihologie cognitiva, neuropsihologie si biologia dezvoltarii. Duce exceptii acelor care considerau ca atasamentul apare ca urmare a unor necesitati biologice, cum ar fi nevoia de mancare sau nevoile sexuale. Citandu-i pe Lorenz (care a efectuat cercetari pe animale) si pe Harlow (cercetari pe primate), Bowlby evidentiaza faptul ca atasamentul are loc in absenta intaririi acestor nevoi biogenice (Bowlby, 1977).

Bowlby postuleaza teoria conform careia aceste atasamente sunt generate de nevoile de securitate si siguranta. Se formeaza in primii ani de viata, asupra unor indivizi specifici, si tind sa dureze o mare parte din viata. Formarea atasamentelor cu persoanele semnificative este considerata normala, nu numai la copii ci si la adulti. Bowlby argumenteaza prin functia adaptativa, de supravietuire a acestui comportament, intalnindu-se la majoritatea speciilor de mamifere. Dar vede atasamentul ca fiind diferit de nevoia de hrana si nevoile sexuale (Bowlby, 1977).

Comportamentul de atasament este ilustrat la puii de animale si la copii care, pe masura ce cresc, tind sa paraseasca figurile de atasament pe perioade tot mai mari de timp in cautarea largirii mediului lor. Cu toate acestea, se intorc intotdeauna la figura de atasament pentru suport si siguranta. Cand figura de atasament dispare sau este amenintata, raspunsul este unul de mare anxietate si un puternic protest emotional. Bowlby sugereaza ca parintii ar trebui sa ofere un mediu securizant de unde sa permita copilului explorarea mediului. Aceasta prima relatie determina capacitatea copilului de a avea relatii sanatoase din punct de vedere afectiv mai tarziu. Aceasta teorie este similara cu conceptul lui Erick Erikson al increderii de baza. Intr-un mediu parental securizant, copilul se vede atat autosuficient cat si demn de a primi ajutorul in anumite momente de dificultate (Erikson, 1950). Din acest pattern se pot dezvolta aberatii patologice evidente. Mediul parental insecurizant poate genera de la atasament anxios pana la incapacitatea de a se atasa.

Daca scopul comportamentului de atasament este mentinerea legaturilor afective, situatiile care pun in pericol aceste legaturi pot avea raspunsuri specifice. Cu cat este mai mare potentialul pierderii, cu atat mai intense si mai variate sunt aceste reactii. "In aceste circumstante, cele mai puternice forme de comportament de atasament se activeaza...Agatarea, plansul, agresivitatea...Cnd aceste actiuni sunt suficiente, legatura este restabilita , acest comportament inceteaza iar nivelul stresului scade" (Bowlby, 1977, p. 42). Daca pericolul nu este indepartat, vor aparea retragerea, apatia si disperarea.

Animalele manifesta acest comportament la fel ca oamenii. In cartea "The Expression of the Emotion in Man and Animals" scrisa in ultima parte a secolului al XIX-lea Charles Darwin a descris moduri similare de exprimare a regretului la animale si copii mici (Darwin, 1872). Konrad Lorenz un comportament de "doliu" la separarea unei gastei-cu-picior-gri de partenerul sau:

Primul raspuns la disparitia partenerului consta in reactii anxioase de asteptare. Gasca se misca neobosita zi si noapte, zburand pe distante mari si vizitand locuri in care si-ar putea gasi partenerul, efectuand in tot acest timp chemari....Expeditiile de cautare se intind pe distante tot mai mari, pana cand

cautatorul se pierde si el sau cade victima vreunui accident....Toate observatiile la comportamentul gastei la pierderea partenerului sunt similare in pierderea umana (Lorenz, 1963, citat in Parkes, 1972, p 40)

Mai exista multe exemple ale jeliului in lumea animala.Acum cativa ani, gradina zoologica din Montreal a relatat cazul interesant al unui delfin, care dupa moartea partenerului sau a refuzat hrana .Astfel, delfinul manifesta simptome ale durerii si depresiei similare doliului uman.Psihiatrul George Engel in cadrul conferintei Psychiatric Grand Rounds la Massachutsetts General Hospital a descris detaliat un caz de doliu, ce parea tipic pentru manifestarea doliului la oameni.Mai tarziu, citind un ziar local am aflat ca dr. Engel descria cazul unui strut care-si pierduse partenerul.

Datorita multelor exemple din lumea animala, Bowlby a concluzionat ca exista o baza biologica puternica a reactiilor la pierdere, ce poate include raspunsuri raspunsuri automatizate, instinctive rezultand chiar si un comportament agresiv.Aceasta bazabilogica nu ia in calcul pierderile irevocabile, evolutia centrandu-se pe permanenta obiectului, rolul comportamentului de jale si doliu centrandu-se pe restabilirea relatiei cu obiectul (Bowlby, 1980).Aceasta "Teorie biologica a durerii" a fost influentata de multi autori, printre care si psihiatrul britanic Collin Murray Parks (Parks, 1972). "Doliul" animalelor ilustreaza faptul ca mecanisme bilogice functioneaza la oameni.Cu toate acestea, anumite trasaturi sunt specifice doar oamenilor, si asupra acestora ne vom concentra atentia in capitolul urmator.

Dovezile arata ca toti oamenii jelesc o pierdere intr-un fel sau altul.Antropologii care au studiat alte societati, alte culturi si reactia lor la pierderea celor dragi, indiferent de tipul de societate si de zona geografica , au remarcat o incercare universala de a recupera persoana iubita si acum pierduta, si/sau o credinta intr-o viata de dupa moarte in care ar fi reuniti cu aceasta.Cu toate acestea, patologia procesului de doliu este mai scazuta in societatile nedezvoltate decat in cele "civilizate" (Krupp & Kigfeld, 1962).

## **Este durerea o boala?**

Intr-un eseu publicat in Psychosomatic Medicine, psihiatrul George Engel a sustinut teza conform careia pierderea unei persoane dragi este traumatizanta din punct de vedere psihic la fel cum ranirea grava sau arderea sunt traumatizante fizic. A argumentat prin faptul ca durerea reprezinta o plecare din starea de bine si sanatate, iar cum vindecarea este necesara pentru restabilirea balantei homeostatice si in procesul de doliu este nevoie de o anumita perioada de timp pentru a reintoarce indoliatul intr-un stadiu similar de echilibru. Astfel, Engel vede procesul de doliu similar procesului de vindecare. Ca si in vindecare, restabilirea functionalitatii optime sau aproape optime poate fi restaurata, dar exista cazuri de vindecare partiala, defectuasa. Asa cum termenii de sanatos si patologic se aplica procesului de vindecare fiziologica, acestea pot fi aplicate procesului de doliu. Engel vede doliul ca un proces care necesita timp pana la restabilirea functionalitatii. Gradul acestei functionalitati este variabil (Engel, 1961).

## **Este doliul necesar?**

Abordarea lui Engel ne duce invariabil spre o alta intrebare: Este doliul necesar? Trebuie sa raspund la aceasta intrebare cu un "DA" hotarat. Dupa suportarea unei pierderi, doliul este necesar pentru restabilirea echilibrului.

Toate procesele umane de crestere si dezvoltare sunt influentate de diferite sarcini. Acestea sunt mai evidente cand se observa cresterea si dezvoltarea copiilor. Dupa Robert Havinghurst, psiholog al dezvoltarii de abordare noua, anumite abilitati comportamentale trebuiesc insusite pe masura ce copilul creste. Daca acesta nu-si poate insusi o anumita sarcina intr-un anumit nivel, dezvoltarea sa ulterioara este afectata (Havinghurst, 1953).

Asemănător, doliul – sau adaptarea la pierdere - , implica cele 4 sarcini dezvoltate mai jos. Este esential ca persoana care sufera sa efectueze aceste sarcini pentru ca doliul sa poata fii incheiat. sarcini incomplet efectuate de doliu

afecteaza dezvoltarea ulterioara. Cu toate ca aceste sarcini nu au din punct de vedere practic o ordine, metodologic este necesara o clasificare succesiva a lor. De exemplu, nu poti face fata impacului emotional al unei pierderi pana cand nu constientizezi faptul ca pierderea a avut loc. Cum doliul este un proces si nu o stare, urmatoarele sarcini necesita efort, iar urmand exemplul lui Freud, spunem despre o persoana ca efectueaza "travaliu de doliu". Utilizand analogia cu vindecarea a lui Engel, este posibil ca cineva sa efectueze cteva din aceste sarcini si nu altele, experimentand o jale intrerupta, asa cum poti avea o vindecare partiala a unei rani.

#### **Cele 4 sarcini ale doliului**

##### **Sarcina I: Sa accepti realitatea pierderii**

Moartea cuiva, chiar daca este un eveniment asteptat, genereaza cognitia ca "asa ceva nu e intampla". Prima sarcina a doliului este acceptarea realitatii faptului ca aceasta persoana este moarta, ca a disparut si ca nu se mi intoarce. O parte a acestei acceptari a realitatii este si credinta ca o reuniune este imposibila, cel putin in aceasa existenta. Comportamentul de cautare asupra caruia Bowlby si Parkes au scris destul de mult este direct dependent de implinirea acestei sarcini. Multi oameni care au suferit o pierdere se trezesc strigand persoana pierduta si au tendinta sa nu-i recunoasca pe cei din anturajul lor. Se plimba pe strada, prinzand cu privirea periferica persoane ce seamana cu decedatul... Este nevoie sa-si spuna ca acesta nu poate fi prietenul lor, acela fiind in realitate mort.

La latura opusa a acceptarii este trecerea prin negare. Unii oameni refuza sa accepte ca moartea este reala si raman blocati in aceasta prima sarcina a doliului. Negarea se poate practica pe mai multe niveluri si ia diferite forme, dar de cele mai multe ori implica fie faptele legate de pierdere, semnificatia pierderii sau caracterul ireversibil al acesteia (Dorpart, 1973).

Negarea faptelor pierderii variaza de la usoare distorsiuni pana la creerea unei deluzii.Exemple bizare de negare prin deludere sunt acele cazuri rare in care indoliatul pastreaza corpul decedatului in casa pentru un numar de zile inaintea anuntarii autoritatilor.Gardiner si Pritchard au descris 6 cazuri de asemenea comportament bizar, iar eu personal am vazut alte doua.Cazurile respective prezentau trasaturi psihotice sau de izolare si excentrism (Gardiner & Prithard, 1977).

Ceea ce este probabil sa se intample este ca persoana va trece prin stadiul denumit de psihiatrul Geoffrey Gorer ca "mumificare", adica retinerea posesiunilor decedatului intr-un stadiu de functionare, pentru a fi gata atunci cand acesta s-ar intoarce (Gorer, 1965). Un exemplu clasic este dat de regina Victoria, care dupa moartea sotului sau, printul Albert, expunea hainele si aparatul lui de ras zilnic, si se plimba prin palat vorbind cu el.Parintii care pierd un copil pastreaza adesea camera acestuia in aceeasi stare in care era inainte de moartea lui.Acest comportament este normal pe termen scurt, dar devine negare daca dureaza cativa ani.Un exemplu de distorsiune mai degraba decat de deludere ar fi atunci cand vede copilul decedat ca intrupat intr-un alt copil.Acest tip de gandire distorsionata poate diminua intensitatea pierderii, dar este rar satisfacatoare si ascunde acceptarea realitatii mortii.

Un alt mod in care oamenii se apara de realitatea mortii este *negarea semnificatiei pierderii*.In acest fel pierderea este vazuta ca mai putin semnificativa decat este ea in realitate.Este obisnuit sa auzi declaratii ca "nu a fost un tata bun", "nu eram atat de apropiati", sau "nu mi-este dor de el". Unii oameni arunca posesiunile decedatului, comportament opus mumificarii, ce minimalizeaza pierderea. Este atat de greu incat supravietuitorii se apara de pierdere prin abesnta oricarui obiect care i-ar pune fata in fata cu aceasta.

Un alt mod pentru diminuarea semnificatiei pierderii este practicarea "uitarii selective". De exemplu, Gary si-a pierdut tatal la varsta de 12 ani.De-am lungul anilor, a blocat existenta tatalui lui, inclusiv imaginile vizuale.La facultate, cand a venit prima data la terapie, nu-si putea aminti nici macar fata tatalui

sau.La sfarsitul terapiei, nu numai ca amintirile i-au revenit, dar a si simtit prezenta acestuia la decernarea premiilor.

Unii oameni nu impliesc aceasta sarcina prin negarea faptului ca moartea este ireversibila.Un bun exemplu este ilustrat de serialul tv "60 minute".Este vorba de o casnica care si-a pierdut mama si fiica in timpul unui incendiu.Primii doi ani dupa acest deces isi repeta zilnic "nu vreau sa fiti moarte, nu vreau sa fiti moarte, nu o sa fiti moarte".O parte a terapiei la care a fost supusa a inclus acceptarea faptului ca sunt moarte si ca nu o sa se mai intoarca.

O alta strategie utilizata pentru a ocoli finalitatea mortii este spiritismul.Speranta unei reuniuni cu decedatul este un sentiment normal, mai ales in primele zile sau saptamani de la pierdere.Cu toate acestea, speranta cronica intr-o reuniune nu este normala.In studiul sau, Parkes afirma:

Spiritistii afirma ca pot usura suferinta supravietuitorului facilitand contactul cu decedatul.Mai multi subiecti, care au apelat la astfel de grupari, au afirmat ca au simtit un fel de contact, inspaimantator sau care aduce alinare.Per ansamblu, nu s-au simtit satisfacuti si nu au frecvantat asemenea intalniri cu regularitate.[Parkes, 1972, p. 52].

Acceptarea realitatii pierderii necesita timp intrucat are doua componente : intelectuala si rationala.Persoana in suferinta poate di constienta cognitiv de finalitatea pierderii cu mult inainte ca emotiile sa permita acceptarea informatiei drept adevarata.Este mai usor sa crezi ca persoana iubita se afla inca in excursie sau ca se interneaza inca o data in spital.Realitatea loveste inasa atunci cand vrei sa ridici receptorul pentru a povesti anumite experiente si iti dai seama ca cel drag nu iti poate raspunde.Many, un parinte in dolui a avut nevoie de luni de zile pentru a afirma "Copilul meu este mort si nu o sa-l mai am niciodata". S-ar putea sa vada copii jucandu-se sau mergand in autobuz spre scoala si sa-si spuna "cum am putut sa uit ca copilul meu este mort?"

Acceptare si ngarea sunt intermitente in efectuarea acestei sarcini, dupa cum afirma si Krupp



In anumite momente indoliatii par a fi sub influenta realitatii si accepta faptul ca cel drag a disparut. In alte momente, cred irational, poate chiar fantasmatic intr-o eventuala reuniune. Furia canalizata catre obiectul disparut si iubit, catre sine, catre altii invinovatiti pentru pierdere, chiar si catre cei care le doresc binele dar amintesc indoliatului de catre realitatea mortii sunt omniprezente [Krupp si altii, 1986, p.345]

Cu toate ca a incheia aceasta sarcina cere timp, ritualurile traditionale cum ar fi inmormantarea ajuta oamenii indoliati sa accepte realitatea. Cei care nu sunt prezenti la inmormantare s-ar putea sa aiba nevoie de modalitati externe de validare a realitatii mortii. Irealitatea este dificila in cazul mortii subite, mai ales daca supravietuitorul nu vede cadavrul decedatului. In studiul nostru "Boston child bereavement study", am gasit corelatii puternice intre moartea subita a sotului si visele in care sotul supravietuieste in primele luni dupa deces. S-ar putea ca visand ca decedatul este in viata sa fie o modalitate a valida realitatea mortii mai degraba decat implinirea unei dorinte, prin contrastul dur al trezirii la realitate.

### **Sarcina II : Cum sa faci fata durerii doliului**

Cuvantul german "Schmerz" este potrivit datorita semnificatiei sale extensive, ce cuprinde durerea efectiva, fizica resimtita si insotita de durerea emotionala si comportamentala asociata pierderii. Este necesar sa recunoastem si sa lucram cu aceasta durere pentru a nu capata forme aberante sau patologice. Parks afirma asta cand spune: "Daca este necesar ca persoana indoliata sa treaca prin durerea doliului pentru a-l incheia, atunci tot ceea ce permite persoanei sa sunprime sau sa evite aceasta durere poate prelungi durata doliului" (Parkes, 1972, p. 173). Nu toata lumea experimenteaza aceeasi intensitate a durerii sau o simte in acelasi fel, dar este imposibil sa pierzi pe cineva de care ai fost atasat fara a experimenta durere.

Poate exista o influenta a societatii in implinirea sarcinii II, facand-o mai dificila. Societatea se poate simti inconfortabil cu suferinta indoliatului transmitandu-i astfel un mesaj subtil: "nu ai nevoie sa jalesti. Iti plangi pur si simplu de mila". Acest mesaj interfereaza cu defensele indoliatului ducand la negarea nevoii de a jeli (Pincus, 1974). Geofry Gorer recunoaste acest proces si afirma "a da curs durerii este stigmatizat ca morbid, nesanatos, demoralizator. Actiunea indicata apropiatilor este distragerea atentiei celui care jaleste de la durerea sa". (Gorer, 1965, p. 130).

Negarea acestei a doua sarcini, a lucra cu durerea se traduce in a nu simtii. Oamenii pot scurt-circuita sarcina nr II in multe feluri, cea mai evidenta fiind iesirea din contact cu sentimentele lor si negarea durerii prezente. Uneori oamenii submineaza procesul prin evitarea gandurilor dureroase. Utilizeaza mesaje pentru impiedicarea distresului asociat pierderii. Unii prin stimularea doar a gandurilor bune despre decedat, ceea ce ii protejeaza de disconfortul gandurilor neplacute. Idealizand decedatul, evitand amintirea mortii si utilizand alcoolul si drogurile sunt alte moduri prin care oamenii evita implinire sarcinii II.

Alti oameni care nu inteleg necesitatea experimentarii durerii sau jalei incearca sa gaseasca o cura "geografica". Calatorind din loc in loc incearca sa scape de emotiile lor, in loc sa-si permita sa experimenteze durerea, constientizand ca intr-o zi va trece.

O tanara femeie si-a minimalizat pierderea, prin credinta ca, sinucindu-se, fratele ei a plecat din "intunericul" in care se afla intr-o lume mai buna. Chiar daca ar putea fi adevarata, o asemenea credinta o impiedica sa simta furie fata de el, fata de faptul ca a abandonat-o. In tratament, cand si-a permis sa simta furie, a afirmat: sunt furioasa pe comportamentul lui, si nu pe el. Pana la urma a reusit sa-si acceseze direct furia.

Sunt cazuri in care supravietuitorul are un raspuns eufosric in fata mortii, dar sunt de obicei asociate cu un refuz empatic al credintei ca moartea a avut loc. Este de obicei insotita de sentimentul ca decedatul este in continuare prezent. In general, aceste raspunsuri euforice sunt extrem de fragile si de scurta durata (Parks, 1972).

John Bowlby a spus: “mai devreme sau mai tarziu, aceia care evita jalea constienta au o cadere – uneori sub forma unei depresii.” (Bowlby, 1980, p. 158).Unul din scopurile consilierii durerii este facilitarea acestei a doua sarcini, pentru ca oamenii sa nu mai poarte toata viata cu ei acest balast.Daca acesta sarcina nu este efectuata, mai devreme sau mai tarziu poate fi necesar ajutorul terapiei, intr-un punct in care poate fi dificila reintoarcerea si constientizarea durerii evitate atata timp.Acesta este o experienta mai dificila si mai complexa decat lucrul cu durerea in timpul imediat urmator pierderii.Sistemul suportiv social nu mai este la fel de suportiv ca in perioada imediat urmatoare pierderii.

### **Sarcina III: Adaptarea la un mediu in care decedatul lipseste**

Adaptarea la un mediu nou poate insemna lucruri diferite pentru oameni diferiti depinzand de relatia cu decedatul si de rolurile ocupate de acesta.Pentru multi vaduvi trece o perioada semnificativa de timp pana la a constientiza ce insemna viata fara partenerul decedat.Aceasta realizare are loc de obicei la 3 luni dupa deces si implica acceptarea faptului ca vei trai sau vei creste copii singur, casa fiind “goala” sau infruntand grijile financiare de unul singur.

Parkes a pus punctul pe i cand a afirmat:

In fiecare process de doliu este rareori clar ce anume insemna pierderea.Decesul unui sot poate insemna pe rand pierderea partenerului sexual, al unui contabil, al gradinarului, al celui care statea cu copii sau a celui care incalzea asternuturile in functie de tipurile de roluri care erau jucate de acesta. [Parkes, 1972, pag. 7]

De obicei supravietuitorul nu este constient de rolurile jucate de decedat pentru catva timp dupa ce pierderea a avut loc.

Multi supravietuitori resping necesitatea unor noi aptitudini si asumarea rolurilor care apartineau decedatului.Un exemplu este Margot, o tanara mama al carui sot a murit.El a fost tipul de persoana foarte eficienta, care facea

majoritatea lucrurilor. După moartea lui unul din copii a avut probleme la școală, fiind necesară întâlnirea unui părinte cu consilierii. Anterior, aceste sarcini îi reveneau sotului. Deși s-a asumat aceste roluri cu resenimente Margot și-a dat ulterior seama că îi placea să-și dezvolte competențele, lucru care nu s-ar fi întâmplat dacă sotul nu ar fi decedat. Această strategie de coping a semnificării pierderii într-un mod în care să se vadă beneficiile supraviețuitorului este o parte a împlinirii cu succes a sarcinii III.

Nu numai că îndoliatul trebuie să facă față pierderii performate anterior de decedat dar moartea îi confruntă cu provocarea ajustării propriului sine. Studii recente au arătat că pentru femeile care își definesc identitatea ca altruism doliul nu înseamnă numai pierderea unei persoane semnificative dar și pierderea sinelui (Zaiger, 1985).

Doliul poate duce la regresii puternice, îndoliatul autoperceptându-se ca neajutorat, inadecvat, incapabil, copilăros, falimentar (Horowitz, 1980). Încercarea de a împlini rolurile decedatului poate esua ceea ce poate duce la scăderea autorespectului. Când se întâmplă așa ceva auteficiența stă sub semnul întrebării și oamenii pot atribui orice schimbare sansei sau sortii și nu propriei puteri sau abilități (Goalder, 1985). Cu toate acestea de-a lungul timpului aceste imagini negative au făcut loc altora mai pozitive și supraviețuitorii reușesc să-și împinească sarcinile și să învețe noi modalități de a face față lumii (Shuchter & Zisook, 1986).

O a treia zonă de adaptare pot fi credințele despre lume și viață. Pierderea prin moarte poate provoca valorile fundamentale ale vieții și credințele filozofice – credințe care ne sunt influențate de către grupul similar de vârstă, familie, educație, religie ca și de experiențele de viață. Nu este obișnuit pentru un îndoliat să simtă că și-a pierdut sensul în viață. Persoana îndoliată caută semnificații în pierdere și în schimbările imediat următoare pentru a putea recăpăta controlul asupra propriei vieți. Afirmatie mai ales adevărată în cazul morților bruste, înaintea “timpului lor”. Pentru mult timp nu a existat un răspuns clar. O mamă al cărui tânăr fiu a murit în urma unui prabusirii unui avion a spus: “nu este vorba de a găsi un răspuns, dar pur și simplu nu poți trăi fără acesta”. De-a lungul timpului

se contureaza noi idei si credinte care reflecta fragilitatea vietii si limitele controlului pe care o persoana il poate avea (Shuchter & Zisook, 1986).

Blocarea in sarcina III inseamna a nu te adapta la pierdere. Oamenii se autosaboteaza sustinand sentimentul de neajutorare, neadoptand strategii care sa le permita sa faca fata, retragandu-se fata de lume si fugind de solicitarile mediului. Majoritatea oamenilor nu iau acesta cale, bineinteles. Decid ca trebuie sa unple rolurile cu care nu sunt obisnuiti, sa-si dezvolte aptitudini pe care nu le-au avut niciodata, si sa mearga inainte cu noi idei despre lume si viata. Bowlby insumeaza aceste lucruri cand afirma:

Despre modul in care face fata acestei sarcini (sarcina III) depinde finalitatea doliului – fie progresul spre recunoasterea schimbarilor, revizuirea reprezentarilor, redefinirea scopurilor in viata, sau o stare de crestere oprita in care este tinut prizonier de catre o dilema pe care nu o poate rezolva. [Bowlby, 1980, p. 139]

#### **Sarcina IV: Sa relochezi din punct de vedere emotional decedatul si sa treci mai departe**

Cand am scris prima editie a acestei carti, am listat cele 4 sarcini ale doliului ca “retragerea energiei emotionale de la decedat si reinvestirea ei in alte relatii”. Acest concept a fost creat de Freud cand afirma “doliul are o sarcina psihologica bine definita: functia sa este detasarea sperantelor si amintirilor supravieuitului de decedat.” (Freud, 1913, p. 65). Cu toate ca consider aceasta afirmatie adevarata, modul in care sarcina IV a fost formulata anterior era interpretabil si usor de inteles gresit. Parea prea mecanic, ca si cum cineva ar putea scoate un stecher din priza si a-l pune in alta parte. Amintirile unei relatii semnificative nu se pierd insa niciodata.

Volkan a sugerat:

Un indoliat nu uita niciodata persoana decedata care a fost atat de valorizata in timpul vietii si nu retrace niciodata total investitiile facute in reprezentarile lui. Nu-i putem indeparta niciodata complet pe cei apropiati de noi decat prin acte psihice care ar dauna propriei noastre identitati. [Volkan, 1985, p. 326]

Volkan spunea in continuare ca doliul se termina atunci cand indoliatul nu mai simte nevoia de a reactiva o reprezentare deosebit de intensa a decedatului in viata de zi cu zi.

Shuchter si Zisook scriau:

Disponibilitatea unui supravietuitor de a intra in noi relatii depinde nu de a renunta la decedat, ci de a gasi un loc potrivit din punct de vedere psihologic pentru sotul jeli, un loc important dar care lasa loc si altora. [Shuchter & Zisook, 1986, p. 117]

Sarcina consilierului devine nu de a ajuta indoliatul sa renunte la relatia sa cu decedatul, dar sa-i ajute sa gaseasca un loc potrivit pentru decedat in viata lor emotionala – un loc care sa nu-i impiedice sa traiasca efectiv in aceasta lume. Marris a capturat aceasta idee cand scria:

La inceput, un vaduv nu poate separa scopurile si intelegerea de sotul care a avut o importanta centrala in formarea acestora: Trebuie sa reinvie relatia, sa o continue prin simboluri si implinirea dorintelor pentru a se simti in viata. Dar odata cu trecerea timpului incepe sa reformuleze viata in termeni care asimileaza moartea acestuia. Face o transformare gradata de la a vorbi cu el “ca si cum ar sta in scaunul de langa mine” la a se gandi ce ar spune si ce ar face si de aici la a planui viata sa si a copiilor in termenii a ceea ce ar fi dorit. Pana la urma doreste sa devina ea insasi, si nu se mai refera constient la el. [Marris, 1974, pp. 37-38]

Parintii indoliati au dificultati in a intelege notiunea de retragere emotionala. Daca ne gandim la relocare, atunci sarcina parintilor este sa implice anumite relatii cu gandurile si amintirile pe care le asociaza cu copii lor, dar sa faca asta intr-un mod care le permite sa isi continue viata dupa o asemenea pierdere.

Un asemenea parinte va gasi in final un loc efectiv pentru gandurile si amintirile fiului pierdut pentru a-si putea continua viata.A scris:

Doar recent am putut sa observ lucrurile care inca ma asteapta in aceasta viata.Stiti, este vorba de lucrurile care imi plac...Stiu ca voi continua sa sufar dupa pierderea lui Robbie tot restul vietii si ca voi pastra vie amintirea lui.Dar viata merge inainte si vreu sau nu fac parte din ea,.De curand au fst momente cand observam cat de bine ma descurc la un proiect acasa si am facut parte si din cateva activitati cu prietenii mei. [Alexy, 1982, p. 503]

Penru mine, asta reprezinta o miscare spre implinirea sarcinei IV.

Este dificil sa gasesti o definitie a neimplinirii sarcinii IV, dar o sintagma potrivita ar fi "a nu iubi".A IV-a sarcina este trasa in spate prin agatarea de un atasament trecut mai degraba decat a forma atasament noi.Anumiti oameni resimt pierderea atat de dureroasa incat isi propun sa nu mai iubeasca niciodata.Cantecele contemporane reflecat aceasta tema dandu-i o validitate pe care nu o merita.

Pentru multi oameni sarcina IV este cea mai dificila.Raman blocati in acest punct al doliului si realizeaza mai tarziu ca viata lor s-a oprit practic in momentul mortii celui drag.Dar sarcina IV poate fi indeplinita.O tanara adolescenta a trecut prin momente deosebit de dificile pentru a face fata mortii tatalui ei.Doi ani mai tarziu, cand incepuse sa abordeze sarcina IV, i-a scris de la colegiu mamei ei, formuland ceea ce multi oameni experimenteaza atunci cand sunt agatati de retragerea emotionala si reinvestiri:"Sunt destui oameni care pot fi iubiti", a scris "si asta nu inseamna ca il iubesc pe tata mai putin".

### **Cand se incheie doliul?**

A intreba cand se termina doliul este oarecum similar cu a intreba ce inaltime are sus-ul.Nu exista un raspuns.Bowlby si Parkes au afirmat ca doliul este terminat atunci cand persoana incheie ultima faza, a restituirii (Bowlby, 1980; Parkes, 1972).In opinia mea, doliul este finalizat atunci cand sarcinile

doliului sunt implinite. Este imposibil sa fixezi o data pentru asta , dar cu toate acestea, in literature de specialitate sunt tot felul de incercari de stabilire a datelor – 4 luni, un an, doi ani, niciodata-. In cazul pierderii unei relatii apropiate privesc cu suspiciozitate fiecare rezolvare completa care dureaza sub un an, si pentru multi, doi anu nu inseamna prea mult.

Un reper al unui doliu incheiat este atunci cnd o persoana se poate gandi la indoliat fara sa simta durere. Este intotdeauna un sentiment de tristete cand te gandesti la cineva pe care l-ai iubit si l-ai pierdut, dar este un tip diferit de tristete, diferit caintensitate, nemaexistand reactii puternice ca plansul sau o greutate puternica pe piept. Astfel, doliul este complet cand o persoana isi poate reinvesti emotiile in viata si in a trai.

Mai sunt cazuri in care se pare ca nu exista o incheiere a doliului. Bowlby citeaza o vaduva de 65 de ani care spunea: "doliul nu inceteaza niciodata. Doar cu trecerea timpului erupe din ce in ce mai rar" (Bowlby, 1980, p. 101). Majoritatea studiilor asupra femeilor care isi pierd sotii, arata ca mai putin de jumatate isi revin dupa trecerea primului an. Shuchter a aflat ca este nevoie de o perioada de circa doi ani pentru ca vaduvii sa gaseasca acel "minimum de stabilitate... stabilind o noua identitate si gasind o directie a vietii lor" (Shuchter & Zisook, 1986, p. 248). Studiile lui Parkes arata ca vaduvii au nevoie de 4 ani pentru a gasi stabilitate completa in vietile lor (Parkes, 1972).

Unul din lucrurile de baza pe care consilierii durerii le-au invatat este sa comunice oamenilor ca doliul este un proces pe termen lung, si ca punctul culminant nu va fi un stadiu anterior durerii. Consilierul poate sa-i atentioneze ca chiar in timpul progreselor pot exista zile mai dificile. Jelitul nu este un proces liniar; Poate reaparea si sa necesite din nou lucrul asupra lui.

O vaduva, dupa ce si-a pierdut atnarul fiu, mi-a spus, dupa un doliu prelungit si dureros "asteptarile te distrug. Acum realizez ca durerea nu dispare niciodata complet. Durerea se reintoarce , dar imi amintesc si perioade in care imi era mai bine".

Am un prieten care a pierdut pe cineva important si suferea extraordinar de tare. Nu avea o toleranta foarte mare la durere, in special la suferinta, iar la



scurt timp dupa pierdere mi-a spus:”Sunt bucuros ca aceste 4 saptamani o sa treaca si totul o sa treaca”.O parte din ajutorul meu a constatat in a-l face sa inteleaga ca durerea nu va disparea in 4 saptamani si ca este posibil sa nu dispara nici dupa 4 luni.Unii oameni cred ca este nevoie de cele patru anotimpuri pentru ca durerea sa se micsoreze. Geoffry Gorer considera ca modul in care oamenii raspund condoleantelor este un indicator al stadiului in care se afla in procesul doliului.Acceptarea recunoscatoare ale a condoleantelor este unul din cele mai sigure semne ca indoliatul lucreaza asupra procesului.(Gorer, 1965).

Se poate spune ca doliul este terminat atunci cand oamenii recapata interesul asupra vietii, cand se simt mai plini de speranta, experimenteaza satisfactia din nou si se adapteaza noilor roluri.Insa, intr-un anumit sens, doliul nu se termina niciodata. Puteti gasi urmatorul citat al lui Sigmund Freud interesant.A fost scris pretenului sau Biswanger la moartea fiului sau:

gasim un loc pentru ceea ce pierdem.Cu toate ca stiu ca dupa aceasta pierdere o jale acuta va urma , stim ca vom ramane inconsolabili si ca nu vom putea gasi un substitut.Nu conteaza ce ar putea umple golul, chiar daca va fi plin complet mai ramane altceva...[E.L. Freud, 1961, p. 386]

## **Bibliografie**

Alex, W. D. (1982). Dimensions of psychological counseling that facilitate the growing process of bereaved parents. *Journal of Counseling Psychology*, 29. 498-507.

Bowlby, J. (1977) The making and breaking of affectional bonds, I and II. *British Journal of Psychiatry* , 130, 201 – 210; 421-431.

Bowlby, J. (1980).*Attachment and loss:Loss, sadness and and depression* (vol III).New York: Basic Books.

Darwin, C. (1872). *The Expression of emotions in man and animals*.London: Murray.

Dorpat, T. L. (1973). Suicide, loss and mourning. *Life threatening behaviour*, 2, 213-224.

Engel, G. L. (1961). Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosomatic medicine*, 23, 18-22

Erikson, E.H. (1950). *Childhood and Society*, New York: Norton

Freud, E.L. (Ed). (1961). *Letter of Sigmund Freud*, New York: Basic.

Freud, S. (1957). Totem and taboo (1913), standard edition, (vol. XIV). London: Hogarth.

Gardiner, A. & Pritchard, M. (1977). Mourning, mummification and living with the dead.

Goalder, J.S. (1985). Morbid grief reaction: A social Systems perspective. *Professional Psychology: Research and practice*, 16, 833-842.

Gorer, G.D., (1965). *Death, Grief and Mourning*, New York: Doubleday

Havinghurst, R. (1953). *Developmental Tasks and Education*. New York: Longmans

Horowitz, M.J. Wilner, N., Marmar, C. & Krupnic, J. (1980). Pathological grief and the activation of latent self images. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1157-1162

Krupp, J., Genovese, F. & Krupp T. (1986). To have and have not: Multiple identifications in pathological bereavement. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 14, 337-348

Krupp, J.R. & Kigfield, B. (1962). The bereavement reaction: A cross-cultural evaluation. *Journal of religion and health*, 1, 222-246

Lorenz, K., (1963). *On Aggression*. London: Methuen.

Marris, P. (1974). *Loss and change*. London: Routledge and Keegan Paul.

Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: Studies of grief on adult life*. New York: International Universities Press.

Pincus, L. (1974). *Death and the family*. New York, Pantheon.

Rubin, S.S. (1984). Mourning distinct from melancholia.: The resolutions of bereavement. *British journal of medical psychology*, 57, 339-345

Shuchter, S. R., & Zisook, S. (1986). Treatment of spousal bereavement: A multidimensional approach, *Psychiatric annals*, 16, 295-305.

Volkan, V.D. (1985). Complicated Mourning. *Annual of psychoanalysis*, 12, 323-348

Zaiger, N. (1985-86). Woman and bereavement. *Woman and Therapy*, 4, 33-43

## Capitolul 2

### **Reactiile normale la durere : doliul lipsit de complicatii**

Termenul de durere normala\* sau lipsita de complicatii, cuprinde o gama extinsa de sentimente si comportamente care sunt normale dupa o pierdere. Una dintre primele incercari de a privi reactiile normale la durere intr-o maniera sistematica a fost facuta de catre Erich Lindemann cand a fost seful clinicii de psihiatrie la Spitalul General din Massachusetts.

In zona Bostonului sunt doua colegii catolice binecunoscute pentru rivalitatea echipelor lor de fotbal. In toamna anului 1942 se avea loc o intalnire obisnuita de sambata, Holly Cross a invins Boston College, iar dupa meci suporterii au mers in pub-ul Coconut Groove pentru a sarbatori victoria. Din nefericire, datorita unui accident clubul a luat foc si in total au murit 500 de oameni.

Dupa aceasta tragedie Lindemann si colegii sai au lucrat cu cei care au pierdut persoane dragi in timpul holocaustului, si din aceste date si altele au scris "Simptomatologia si gestiunea durerii acute" (Lindemann, 1944). Din observarea a 101 recent indoliati pacienti a descoperit patternuri ce descriu caracteristici ale durerii normale acute. Acestea sunt cuprinse in:

1. Disfunctii somatice de orice tip
2. Preocuparea de imaginea decedatului
3. Vinovatie in raport cu moartea sau cu circumstantele anterioare mortii
4. Reactii ostile

---

\* Folosesc cuvantul normal atat in sens clinic cat si statistic. Din punct de vedere clinic se refera la ceea ce un clinician ar defini ca comportament de doliu normal, iar din punct de vedere statistic se refera la frecventa cu care un comportament se intalneste la o populatie indoliata, aleasa intamplator. Cele mai frecvente comportamente sunt considerate normale.

## 5. Incapacitatea de a functiona la randamentul anterior pierderii

Pe langa acestea, a descris alte 6 caracteristici manifestate de multi pacienti. Pareau sa dezvolte anumite trasaturi ale decedatului in propriul comportament.

Studiul lui Lindemann are numeroase limite. Unele din acestea au fost evidentiuate de Parkes, care sublinia ca Lindemann nu arata date statistice care sa evidentieze frecventa sindroamelor descrise. De asemenea nu mentioneaza cate interviuri a sustinut cu pacientii si cat timp a trecut intre acestea si data pierderii (Parkes, 1972). Cu toate criticile, ramane un studiu de referinta.

Ceea ce m-a interesat in mod deosebit au fost ca reactiile intalnite astazi la spitalul din Massachusetts sunt similare celor din studiul lui Lindemann de acum 40 de ani. Intr-un numar mare de oameni care experimenteaza durerea ca urmare a unei pierderi intalnim toate sau cateva din urmatoarele fenomene:

(1) sentimente, (2) reactii fizice, (3) cognitii si (4) comportamente. Consilierul durerii trebuie sa fie la curent cu gama larga de comportamente ce cad sub descrierea de "durere normala".

### **Manifestarile durerii normale**

#### **Sentimente**

*Tristete.* Tristetea este cel mai comun sentiment al tuturor indoliator, afirmatie care nu mai are nevoie de comentarii. Desi nu se manifesta neaparat prin plans, aceasta modalitate de expresie este des intalnita. Parks si Weiss lanseaza ipoteza potrivit carei plansul reprezinta un semnal ce evoca o reactie protectiva, simpatetica din partea celorlalti si stabileste o situatie sociala in care legile normale ale competitivitatii sunt suspendate (Parkes & Weiss, 1983).

*Furia.* Furia este experimentata frecvent dupa o pierdere. Poate fi un dintre cele mai confuze sentimente pentru supravietuitor, ceea ce este radacina

multor probleme ale procesului de doliu. O femeie al carui sot a murit de cancer mi-a spus: "Cum as putea fi furioasa? El nu a *vrut* sa moara".Adevarul este ca era furioasa pentru ca a murit lasand-o singura. Daca furia nu este recunoscuta adecvat, poate duce la un doliu cu complicatii.

Aceasta furie vine din doua surse: (1) dintr-un sentiment de frustrare datorita faptului ca nu s-a facut nimic pentru a impiedica aceasta moarte si (2) dintr-o experienta regresiva ce are loc dupa pierderea cuiva apropiat.S-ar putea sa fi experimentat acest tip de regresie cand, ca mic copil mergeam la umparaturi cu mama.Intr-un raion am observat brusc disparitia acesteia.Am simtit panica si anxietate pana la reintoarcerea ei, si in acel moment in loc de exprimarea bucuriei reactionam agresiv.Acest comportament, pe care Bowlby il vede ca facand parte din mostenirea noastra genetica, simbolizeaza mesajul "sa nu ma parasesti niciodata"

In pierderea oricarei persoane importante este o tendinta de regresare, de a te simti neajutorat, de a te simti incapabil de a exista fara celalalt si de a experimenta furia care insoteste aceste sentimente de anxietate.Furia simtita de indoliati trebuie corect identivicata si centrata catre decedat, pentru a putea fi finalizata.Cu toate acestea furia este uneori gestionata in moduri mai putin eficiente, printre care transferul sau directionare spre o alta persoana pe care o invinuiesti pentru moartea acestuia.Rationamentul este ca daca cineva poate fi invinuit atunci este responsabil si astfel pierderea putea sa nu aiba loc.Oamenii invinuiesc doctorul, directorul de pompe funebre si chiar propria familie, prietenii apropiati sau pe Dumnezeu.

Una dintre cele mai riscante manifestari dezadaptative ale furiei este centrarea furiei catre sine, care in cazuri extreme poate duce la suicid.O interpretare psihanalitica a acestui tip de furie a fost data de catre Melanie Klein care a sugerat ca "triumful" asupra mortii a cauzat persoana indoliata sa-si reanalizeze furia catre sine sau asupra altora aflati la indemana (Klein, 1940).

*Vina si autoreprosurile.* Vina si autoreprosurile sunt experiente comune ale supravietuitorilor: Vina de a nu fi fost destul de amabil, de a nu fi dus bolnavul la spital mai devreme, si alte vine asemanatoare. De obicei vina se manifesta asupra a ceea ce s-a intamplat sau asupra a ceva de a fost neglijat in jurul mortii. Cel mai adesea vina este irationala si va disparea sub prisma realitatii.

*Anxietatea.* anxietatea supravietuitorului poate varia de la un usor sentiment de insecuritate la un puternice atacuri de panica. Cu cat sunt mai frecvente si mai intense acestea sugereaza o reactie patologica de doliu. Anxietatea vine din doua surse. In primul rand supravietuitorul se teme ca nu o sa fie in stare sa aiba grija de el si si face remarci frecvente de genul "Nu o sa pot supravietui fara el". In al 2-lea rand, anxietatea este generata de o constientizare mai accentuata a mortii personale (Worden, 1976). Dusa la extreme, aceasta anxietate poate genera fobii. Binecunoscutul

C. S. Lewis cunostea anxietatea si a spus dupa pierderea sotiei: „Nimeni nu-mi spusese ca mahnirea (indurerarea) se simte ca o teama. Nu mi-e teama, dar senzatia este ca si cum am teama. Continui sa traiesc aceleasi zbateri in stomac, aceeasi neliniste.” (Lewis, 1961)

Singuratatea este un sentiment trait frecvent de cei care si-au pierdut partenerul, de care a fost foarte legat. Cu toate acestea, multe vaduve prefera sa stea singure acasa, simtindu-se mai in siguranta. „Ma simt atat de singura”-spunea una din vaduve care a fost casatorita timp de 52 de ani. „Pare ca lumea s-a sfarsit pentru mine”-spunea ea dupa 10 luni de la moartea sotului.

Oboseala-Pacientii lui Linderman acuza frecvent oboseala. Aceasta poate cauza apatie sau lipsa de atentie. Un inalt nivel de oboseala se intalneste, de obicei, la persoanele foarte active.

Neajutorarea este unul din factorii stresanti, mai ales in prima etapa a pierderii. Cel mai adesea se intalneste la vaduve. O tanara vaduva ramasa cu un copil de sapte saptamani ne-a spus: „In primele 5 luni dupa decesul sotului meu familia

mea a venit sa locuiasca cu mine deoarece imi era teama ca nu pot avea grija de copil”.

Socul apare de cele mai multe ori in cazul deceselor bruste. De exemplu atunci cand afli prin telefon ca cineva foarte drag a murit. Insa socul poate aparea si in cazul mortii unu bolnav incurabil.

Dorul dupa persoana disparuta este ceea ce britanicii numesc „pining”-tanjirea. Parkes a observat ca toate persoanele ramase traiesc aceasta „tanjire” dupa cel disparut, dar cel mai accentuat este la vaduve. Acesta este un sentiment normal in urma pierderii. Cu timpul aceasta tanjire (acest dor) se mai diminueaza.

Emanciparea poate fi un sentiment pozitiv dupa o moarte. O tanara, a carui tata dictator, a murit de un atac de cord, a trecut prin sentimente de durere dar in acelasi timp a trait un sentiment de emancipare, deoarece nu mai traia sub tirania tatalui sau. La inceut se simtea neconfortabil de aceasta stare, insa cu timpul a acceptat situatia ca raspuns normal al statutului sau social.

Eliberarea. Multi oameni se simt eliberati(usurati) atunci cand una din persoanele dragi moare dupa o lunga boala incurabila, dar in acelasi timp simt si un sentiment de vinovatie.

Blocarea (amortirea). Se stie ca foarte multi oameni acuza o blocare a sentimentelor, de regula in prima faza a aflarii decesului. Blocarea apare probabil datorita faptului ca exista foarte multe sentimente cu care se confrunta cel ramas, sentimente pe care vrea sa le ordoneze. Parkes si Weiss spun”nu am gasit nici o proba ca aceasta blocare ar fii o reactie nesanatoasa. Blocarea este o senzatie ca o aparare impotriva a ceea ce va fii de suferit ea pare sa fie un sentiment normal.” (Parkes si Weiss 1983/ p.55). Daca revizuiam lista trebuie retinut ca toate aceste itemuri reprezinta sentimente normale intr-o durere si ca nu exista nimic patologic.

### Senzatii fizice



Lindemann nu descrie numai sentimente personale ci si senzatii fizice asociate cu dureri acute. Aceste senzatii sunt adesea trecute cu vederea, dar care joaca un rol semnificativ in procesul indurerarii. Iata o lista cu cele mai comune reactii fizice traite de persoana indurerata:

1. un gol in stomac
2. o apasare in piept
3. senzatia de gatuire
4. suprasensibilitate la zgomot
5. senzatia de depersonalizare „Merg pe strada si nimic nu pare real inclusiv eu”.
6. senzatia de sufocare
7. molesala musculara
8. pierderea energiei
9. gura uscata

Multe persoane au trait aceste senzatii timp indelungat de aceea au venit la terapeut pentru a fii verificate.

Cunoasterea. Exista multe pareri legate de ezperienta durerii care se manifesta mai puternic in primele faza dupa deces dupa care incepe sa dispara. Insa gandul la durerea pierderii poate duce la depresie sau anxietate.

Neincrederea apare de regula imediat dupa aflarea mortii cuiva si in special in cazul unei morti bruste. Persoana isi spune „Nu este adevarat, trebuie sa fie o greseala. Nu imi vine sa cred ca este adevarat. Nu vreau sa cred ca este adevarat”. O tanara vaduva mi-a spus „astept ca cineva sa ma trezeasca si sa imi spuna ca visez”.

Confuzia. Multi spun ca sunt dezorientati si nu isi pot orienta gandurile, au dificultati in a se concentra si uita multe lucruri. Odata m-am intors de la o intrunire cu taxiul si i-am spus soferului unde vreau sa merg. Dupa ce m-am asezat in spate, el m-a intrebat iarasi unde vreau sa merg. Apoi m-a intrebat de mai multe ori, cerandu-si scuize, spunandu-mi ca se simte foarte confuz. L-am intrebat ce i s-a intamplat si el mi-a spus ca isi pierdu-se fiul intr-un accident cu o saptamana in urma.

Preocuparea este o obsesie a gândului celui rămas. El își imaginează de multe ori cum suferă sau momentul morții.

Simțirea prezentei este urmarea dorinței de a-și revedea persoana pierdută. Persoana în dureră poate crede că decedatul este undeva acolo nemiscat în spațiu și timp. Aceasta poate fi adevărat imediat după moarte.

Halucinațiile. Atât cele vizuale cât și sonore sunt incluse în această listă a comportamentului normal, deoarece halucinațiile sunt experiențe trăite adesea din cauza lipsei persoanei dispărute. De regulă acestea sunt iluzii trecătoare care apar câteva săptămâni după pierdere și care în general nu provoacă dureri. Mulți consideră că halucinațiile sunt utile. Cu toate că misticismul și spiritismul vor să facă halucinațiile reale, acestea s-ar putea să fie fenomene metafizice. Există o legătură în ceea ce gândim și simțim – spune atât psihologia cognitivă cât și terapia cognitivă. Aaron Beck și colegii de la Universitatea Pennsylvania consideră că depresia frecventă este consecința experiențelor gândurilor depresive (Beck et al 1979). În mintea celui rămas se petrec anumite gânduri cum ar fi „nu pot trăi fără el/ea. Nu o să mai găsesc dragostea niciodată.” Aceste gânduri pot fi intense, dar normale în situația durerii sau anxietății.

Comportamentul. Există un număr mare de comportamente specifice asociate cu reacții normale unei înginerări. Aceste comportamente pot fi clasificate fiind legate de: somn, disturbanta apetitului, absența gândirii și încetarea activității sociale.

Tulburarea somnului-trăită de aproape toate persoanele care și-au pierdut de curând pe cineva drag. Se manifestă prin adormirea cu greu sau trezirea foarte devreme. Insomnia poate fi corectată de un medic, dar în cazul îndurerării aceasta se corectază de la sine cu timpul. Bill se trezea mereu la 5 dimineața după pierderea soției. Era încărcat de sentimente triste gândindu-se cum ar fi putut să împiedice moartea soției. Din cauza aceasta avea dificultăți la serviciu, nu se mai putea concentra, însă după 6 săptămâni lucrurile au început să se îndrepte și apoi au dispărut. În cazul în care insomnia persista se putea ajunge la o depresie serioasă care necesită ajutor de specialitate. Insomnia poate apărea la persoanele cărora le este teamă de vise, de a fi singur în pat și teama că nu

se vor mai trezi. După moartea sotului o femeie și-a înfrânt teama cu ajutorul cainelui pe care l-a luat în pat cu ea. Respirația cainelui a liniștit-o și timp de 1 an a reușit să își revină și să doarmă singură.

**Tulburarea apetitului.** Acesta se poate manifesta fie prin a mânca foarte mult fie a nu mânca mai deloc. Schimbările semnificative în greutatea cuiva pot fi rezultatul schimbării apetitului.

#### Comportamentul lapsus-memoria

Persoanele îndurerate pot face anumite acțiuni fără să își dea seama că le-au făcut ducând la situații neplăcute sau chiar la răni. De exemplu o pacientă a spus că a mers la o afacere cu mașina personală, iar după terminare a uitat că a venit cu mașina și s-a întors cu transportul în comun. Acesta i s-a întâmplat de 3 ori. Ea pierduse o persoană foarte importantă din viața ei.

Încetarea relațiilor sociale.

Se întâlnește de regulă la persoanele care au avut o pierdere importantă și se manifestă prin nedorirea comunicării sau socializării cu ceilalți. Acesta stare este de scurtă durată, corectându-se de la sine. Am văzut o tânără la scurt timp după moartea mamei sale, care deși era o persoană foarte veselă careia îi plăceau petrecerile, a refuzat orice invitație considerând-o chiar dezonorantă în situația sa actuală. Unii oameni care refuză socializarea cu prietenii îi consideră pe aceștia stresanți. Cineva spunea „prietenii mei au insistat atât de mult încât vroiam să-i evit. De câte ori pot spune <<imi pare rău>>”. Neintegrarea socială poate duce și la lipsa de interes față de lume cum ar fi refuzarea citirii ziarelor sau vizionarea televizorului.

#### Visarea celor decedați

Se întâmplă să-i visăm pe cei decedați atât prin vise normale, vise agitate sau chiar cosmaruri. Esther, după moartea mamei sale a suferit din cauza puternicei vine legate de circumstanțele morții mamei. Aceasta vină s-a manifestat prin subaprecieri și incriminări personale fiind asociate cu anxietate puternică. Cu toate că își vizita mama cu regularitate și devotament, Esther a plecat să cumpere ceva. În acel moment mama sa a murit. Esther s-a încărcat cu remuscări și deși am folosit tehnici moderne de terapie vină ei a persistat. Sub

terapie ea a avut un vis in care a incerca sa o ajute pe mama sa mearga si sa nu cada. Dar mama ei a cazut si Esther nu a putut face nimic. Acest vis a fost un punct semnificativ in terapia sa pentru a o face sa vada ca nu putea impiedica moartea mamei sale. Acest vis a facut-o sa stearga vina pe care o purta timp de multi ani.

#### Evitarea readucerii aminte a celui decedat

Unii oameni evita locurile sau lucrurile care le-ar provoca indurerarea. Ei evita locurile unde au murit persoanele dragi, evita obiecte care au apartinut acestora. O femeie indurerata dupa moartea sotului sau ramasa cu doi copii a spus ca a ascuns poza cu sotul sau deoarece ii facea rau vazandu-le. Aceasta a fost o solutie de moment, pentru ca cu cat trecea timpul ea s-a obisnuit cu lipsa lui. Indepartarea lucrurilor care apartin celui decedat duce la o eliberare provizorie a trupului.

#### Cautare si chemare

Atat Bowlby cat si Parkes au scris mult despre comportamentul cautarii si chemarii. Chemarea este legata de cautare. Nu de putine ori cineva striga persoana decedata „Lary Lary Lary, intoarcete la mine te rog.” Chiar daca de multe ori nu se face verbal cel decedat este chemat in gand.

Oftatul-se intalneste foarte des la cel indurerat. Acesta este corelat cu senzatia de respiratie diferita fata de normal. Colegii de la spitalul din Massachusetts au testat respiratia unui grup de parinti indurerati si au descoperit ca nivelul de O<sub>2</sub> si CO<sub>2</sub> este similar acelor pacienti depresivi (Jallinek et al, 1985).

Supraactivitatea. Multe vaduve au intrat intr-o hiperactivitate neobositoare dupa moartea sotilor. Femeia mentionata mai sus lasata cu 2 adolescenti nu suporta sa stea acasa. Se ducea tot timpul prin oras incercand sa gaseasca ceva pentru nelinistea sa. O alta vaduva ziua statea acasa fiind foarte ocupata, dar noaptea fugea de acasa.

Plansul. Se spune ca lacrimile vindeca. Stresul cauzeaza disfunctii chimice in organism iar lacrimile elimina substantele toxice aducand echilibrul organismului. Cercetatorii sustin ipoteza potrivit careia continutul chimic al lacrimilor cauzate de stres difera de cel secretat de ochii iritati. S-au facut teste pentru a se vedea tipurile chimice de catecholomina produse in creier in situatia lacrimilor provocate de stres (Frey 1980). Lacrimile chiar elibereaza stresul dar cum se realizeaza acest lucru nu se stie.

#### Vizitarea locurilor sau purtarea lucrurilor ramase de la cel decedat

Acest fapt este opus celui care evita sa mai aiba contact cu cel decedat. Comportamentul acesta se manifesta la cei carora le este teama ca nu isi mai amintesc de cei pierduti. O vaduva a spus „timp de 2 saptamani am purtat cu mine poza lui de teama sa nu ii uit fata”.

#### Obiecte dragi celui decedat

O tanara s-a imbracat timp de cateva luni cu hainele mamei sale deoarece nu se simtea bine daca nu le purta. Cu timpul insa ea a simtit ca nu mai este important sa mai poarte hainele mamei decedate si in final le-a dat pe toate.

Motivul prezentarii in detaliu al acestor comportamente este acela de a arata varietatea lor ampla care apare la persoanele indurerate. Bineintales ca nu toate au fost traite de o singura persoana. Este foarte important pentru terapeut sa inteleaga comportamentul si sa nu il patologizeze pe acela care pare normal la cel indurerat. Terapeutul trebuie sa il faca pe pacient sa inteleaga normalitatea acestor comportamente. Atunci cand comportamentul persista mai mult timp trebuie sa se prevada complicatii si sa se lucreze mai mult (Demi si Miles, 1987)

#### Mahnire si depresie

Multe din durerile sufletesti par a fii manifestatii ale depresiei. Se va face o similitudine si diferenta intre indurerare si depresie. Freud in prima sa lucrare „Durere si melancolie” a studiat aceasta. El a incercat sa studieze ca depresia sau melancolia cum o numeste el este o forma patologica a durerii si se aseamana mult cu indurerarea (o durere normala) cu exceptia ca aceasta are unele trasaturi caracteristice, proprii si anume furia impinsa spre cel iubit care se intoarce in interiorul sufletului (Freud 1917). Este adevarat ca indurerarea seamana foarte mult cu depresia si mai este adevarat ca durerea se poate transforma intr-o depresie. Gerald Klerman un mare cercetator al depresiei crede ca multe depresii sunt produse de pierderea celui drag fie imediat dupa deces fie la ceva timp cand pacientul isi aminteste de cel drag. Depresia poate servi ca un scut impotriva indurerarii. Daca furia este directionata spre sine venita din partea celui decedat atunci va fii mai greu de rezolvat.

Marile diferente dintre necaz si depresie sunt: stim ca atat un dureri cat si in depresii se produc dereglari ale somnului, ale apetitului si tristete intensa. Cu toate acestea in ceea ce priveste indurerarea aceasta nu inseamna pierderea stimei fata de sine cum se intampla de multe ori in depresiile clinice. Oamenii indurerati nu se vad total indurerati iar cei care se vad dureaza o scurta perioada. Daca cel ramas se simte vinovat este mai mult pentru un anumit aspect decat cel general al culpabilitatii. Intr-un capitol din manualul de diagnosticare si statistica III R al Asociatiei Psihiatrilor Americani se sugereaza un sindrom complet al depresiei, in mod frecvent este o reactie normala pentru cei care au suferit o pierdere (sentimente de depresie, lipsa poftei de mancare, insomnia). Nu se observa si nici nu sunt reactii psihomotorii de retardare. Chiar daca durerea si depresia impartasesc aceleasi trasaturi obiective si sibiective, ele par a fii conditii diferite. Freud crede ca in cazul indurerarii lumea pare saraca si goala pe cand in cazul depresiei oamenii se simt saraci si goi. Sunt si persoane indurerate care au creeat probleme grave ale depresiei. APA – Asociatia Psihiatrilor Americani permite preocuparea morbida cu lipsa de valoare, idei sinucigase, retardare psihomotorie sau prelungirea perioadei de indurerare duc la o depresie majora complicata.

Jacobs si colegii lui de la Yale s-au interesat de depresia din perioada indurerarii spunand: „cu toate ca depresiile indoliatului sunt trecatoare si nu necesita atentia profesionistilor exista totusi aprecieri ca unele depresii care persista tot anul ar trebui considerate depresii clinice, semnificative. El a folosit medicamente antidepresive pentru tratarea multor pacienti a caror depresie a persistat mult timp nerezolvand-o spontan sau nu au raspuns la interventia interpersonala. Acestea au fost de regula persoane care au mai avut depresii sau alte boli mentale. El sustine ca imbunatatirea situatiei celor care au somn agitat sau dezordini in apetit este similara cu imbunatatirea starii psihice si cognitive sugerand o dimensiune biologica pentru depresie. Una din functiile terapeutului este aceea de a evalua care pacient ar putea avea o depresie majora pentru a i se da un ajutor aditional cum ar fi medicamente antidepresive.

#### Determinantii durerii

Daca evaluezi un numar de persoane indurerate vei observa un spectru larg de comportamente care par normale exista diferente individuale majore. Pentru unii durerea este o experienta intensa, pentru altii chiar usoara. Pentru unii durerea incepe odata cu auzirea mortii, pe cand pentru altii durerea va fi intarziata. In unele cazuri durerea continua o lunga perioada de timp iar in altele ea pare sa dureze pentru totdeauna. In studiul Harvard exosta un interes puternic pentru indentificarea parametrilor durerii (Parkes si Weiss 1983). Daca ai dori sa prevezi cum raspunde o persoana la o pierdere draga, ce ar trebui sa stii? Cu toate ca experienta durerii este legata de nivelul dezvoltarii si iesirilor comportamentale ale individului implicat majoritatea determinantilor tind sa urmeze urmatoarele 7 categorii:

1. cine a fost persoana. Ca sa se inceapa cu cel mai evident lucru, pentru a vedea cum va raspunde o persoana la o pierdere trebuie sa se stie cateva despre cel decedat. Un bunic care a murit de moarte naturala va fi jelit diferit fata de altul similar ucis intr-un accident de masina. Pierderea unui

var va fi jelita diferit fata de pierderea unui copil. Pierderea unui partener va fi jelita diferit fara de pierderea unui parinte.

2. natura atasamentului. Trebuie sa se stie urmatoarele:

- puterea atasamentului. Este aproape imposibil de demonstrat ca durerea este determinata de intensitatea dragostei. Reactia durerii se intensifica in functie de relatia de iubire.
- Securitatea atasamentului. Cat de necesar a fost cel decedat pentru persoana ramasa. Daca cel ramas a avut nevoie de persoana pierduta pentru propria stima, de exemplu sentimente O.K. despre ei insisi poate duce la o mai mare jale. Pentru unii securitatea si stima se intrepatrund cu nevoile partenerului iar dupa moarte nevoile raman aceleasi insa resursele lipsesc.
- Ambivalenta dintr-o relatie. In orice relatie unita exista un anumit grad de ambivalenta. Este sigur ca persoana este iubita dar exista anumite sentimente negative. De regula sentimentele pozitive le indeparteaza pe cele negative. In cazul unei relatii de ambivalenta inalta in care sentimentele negative coexista cu cele pozitive in acelasi procent, reactia de durere va fi greu de redat. De obicei intr-o relatie ambivalenta exista si o posibila stare de vinovatie exprimata ades prin „ oare am facut destul?”, intensificandu-se ura de a fi ramas singur.
- Conflictetele, cu cel decedat sunt de asemeni determinanti importanti ai durerii. Aceasta se refera nu numai la confluctele din apropierea mortii ci si la conflucte mai vechi. De notat sunt confluctele legate de abuzuri fizice si sexuale (spune Krupp, 1986)

3. Modul mortii. Modul in care a murit persoana va determina si indurerarea celui ramas. In mod traditional decesele au fost catalogate NASH – moarte naturala, accidentala, sinucidere, ucis de cineva (homicid). Moartea accidentala a unui tanar este jelita diferit fata de moartea naturala a unei persoane mai in varsta, care isi vedea moartea. Sinuciderea unui tata poate fi jelita diferit fata de moartea unei mame tinere bolnava incurabil, care isi paraseste copii inca mici. Este evident



(vezi cap.6) ca cel ramas dupa cel care s-a sinucis, are timp putin si diferit pentru a-si exprima durerea. Alte dimensiuni asociate cu modul mortii includ si locul geografic – daca s-a intamplat in preajma cuiva sau departe, daca a fost ceva atentionari (boala) sau moartea a venit pe neasteptate. Studiile arata ca durerea, in urma mortii bruste a unui copil a durat mai mult de un an fata de durerea mortii unei persoane bolnave (Parkes si Weiss, 1983). Circumstantele mortii ii fac pe cei ramasi sa isi exprime furia si vina, mai ales in cazul accidentelor mortale – chiar daca sentimentul de neajutorare este evocat (Bowlby 1980). In cazul in care cel ramas a omorat persoana intr-un accident sau in cazul omuciderii, vina va fi evidenta.

4. Antecedente istorice. Pentru a prevedea ce reactie va avea cel care sufera, trebuie stiut daca acesta a mai avut pierdere si ce impact au avut ele. Este foarte important sa se cunoasca sanatatea mintala anterioara a persoanei. La persoanele cu tulburari depresive, durerea va fi mai lunga fata de cei sanatosi mintal. Terenul pe care l-au cercetat specialistii este cel al evenimentelor care schimba viata normala. „Schema experientelor recente” creata de dr. Holmes si dr. Rable arata gravitatea evenimentelor ce dureaza de la 6 luni pana mai mult de un an dinaintea mortii (Holmes si Rable, 1962). S-a stabilit ipotetic ca acei oameni care au avut mai multe decese in familie vor fi mai indurerati. Cu toate acestea durerea nu pare sa fie evidenta datorita faptului ca nu se exteriorizeaza (prin crize). Este important nu numai momentul de criza ci si abilitatea de a evalua schimbarea.
5. Personalitate variabila. Bowlby, in pledoaria sa, a transferat structura de personalitate a celui indurerat incercand sa inteleaga reactia lui la o pierdere (Bowlby 1950). Variabilele includ varsta, sexul, reactia la anxietate si stres, dependentia fata de persoane. De exemplu persoanele diagnosticate cu anumite tulburari de personalitate pot avea perioade grele in a face fata pierderii. In mod special este adevarat acest lucru cu

persoanele cu tulburare borderline sau tulburare de personalitate narcisica.

6. Schimbari sociale. Cu totii apartinem unei subculturi etnice si religioase care ne dau orientarea religioasa si ne indruma in trairile noastre. De exemplu irlandezii isi jelesc mortii altfel decat italienii sau vechii incasi. La evrei, potrivit ritualului „shiva” timp de 7 zile se sta acasa unde vin prietenii pentru ai ajuta sa treaca mai usor peste durere, dupa care urmeaza ritualul urcusului la templu. Catolicii au propriile lor ritualuri, la fel si Protestantii. Deci trebuie cunoscute originile sociale, etnice si religioase ale celui ramas pentru a vedea cum isi plange mortii. Conteaza foarte mult cat de mult este sustinut cel ramas de catre familie si prieteni. Unele studii au aratat ca suportul social poate aduce si efecte adverse, ca stresul (Blazer, 1982, Pennebaker, O’Heeron, 1984, Levov si altii 1988, Bowlby 1988). Majoritatea studiilor arata ca cei mai putin indurerati sunt cei cu un suport social inadecvat si chiar un conflict social.
7. Stresul acceptat. Schimbarile si crizele care apar in urma unei morti sunt inevitabile, la unii indivizi incluzandu-se si decaderi economice. In studiul Copilului Indurerat din Boston parintii ramasi cu copii au avut parte de cel mai mare numar de schimbari in viata, atingand nivelul maxim al depresiei in primele 3 luni dupa deces.

### Procesul indurerarii

In aceasta lucrare s-a utilizat termenul de „doliu” pentru a indica procesul care apare dupa o pierdere, pe cand „necazul” se refera la o experienta personala a unei pierderi. De vreme ce doliu este un proces, trebuie vazut in stadii, unii au gasit 9 stadii iar altii 12. una dintre dificultati este ca indureratii nu trec prin aceste stadii intr-o anumita ordine. Cei care au prima pierdere trec prin stadii stricte.

### Fazele

O alternativa a stadiilor este conceptul faze folosit de Parkes, Sanders, Bowlby si altii. Parkes defineste 4 faze ale indurerarii (necazului) (Parkes 1970). Faza 1: este perioada „amortirii” care apare cu putin inainte de pierdere. Acesta faza ii ajuta pe cei ramasi sa sufere mai putin. Faza 2: a dorului in care persoana ramasa duce dorul celui pierdut vrand ca acesta sa revina, respingand ideea mortii lui. In aceasta faza apare furia (Parkes 1970). In a 3-a faza a dezorganizarii si disperarii, cel ramas gaseste ca este dificil sa mai supravietuiasca in mediul inconjurator. In final intra in faza a 4-a aceea de reorganizare a comportamentului si incepe sa isi continue viata normal. Bowlby a carui lucrare este aemanatoare cu cea a lui Parkes, reintareste ideea fazelor sustinand ca cel indurerat trebuie sa treaca printr-o serie de faze inainte ca durerea lui sa se rezolve.

### Sarcini

Autorul crede ca, conceptele indurerarii, pe care le prezinta in acesta carte sunt valabile pentru intelegerea proceselor durerii si foarte utile clinicienilor.

Fazele implica o anumita pasivitate, prin care trebuie sa treaca indureratul, pe cand sarcinile implica faptul ca indureratul are nevoie de actiune pentru a putea realiza ceva bun pentru durerea sa. Accesibilitatea face ca indureratul sa fie influentat de interventia altor persoane. Altfel spus, indureratul „vede” fazele ca ceva prin care trebuie trecut, pe cand accesul la sarcini da indureratului sensul vietii si speranta ca trebuie sa faca ceva concret. Durerea este ceva care cere timp, zicala ”timpul vindeca” este adevarata. Este tot la fel de adevarat ca durerea creeaza sarcini care necesita completate si intelese. Cel indurerat trebuie sa fie consiliat de un profesionist pentru a-i da speranta de a face ceva util, ajutandu-l sa ajunga la un final optimist. Acesta poate fi un antidot puternic al sentimentului neajutorarii.

### Capitolul 3

#### **Consilierea durerii – facilitarea travaliului de doliu**

Pierderea unei persoane semnificative cauzeaza o serie intreaga de reactii care asa cum putem vedea acum, sunt normale dupa o astfel de experienta. Majoritatea oamenilor sunt capabili sa faca fata acestor reactii si sa treaca prin cele 4 stadii ale durerii pe cont propriu si in felul acesta sa isi incheie doliul. Totusi unii oameni au dificultati in a-si rezolva trairile legate de pierdere si asta poate sa-i impiedice sa-si faca travaliul de doliu si sa-si reia viata normala. In aceste cazuri, consilierea ii ajuta de cele mai multe ori sa isi incheie mai eficient doliul.

Am facut o distinctie intre consilierea durerii si terapia durerii. Consilierea implica sa-i ajuti sa duca la un sfarsit sanatos durerea necomplicata sau normala, intr-un timp rezonabil. Am rezervat termenul de terapie a durerii pt. tehnicile specializate, descrise in Cap. 5, care sunt utilizate pt. a ajuta oamenii cu reactii anormale sau complicate la durere.

Pt. unii poate parea pretentios sa sugerezi ca e nevoie de ceva terapie ca sa ajuti oamenii sa treaca printr-o durere acuta. Intr-adevar, Freud (1917) a vazut doliul ca un proces natural si in "Doliul si melancolia" a scris ca nu trebuie temperat. Totusi, doliul a fost de-a lungul istoriei facilitat de familie, de biserica si de ritualurile funerare si alte obiceiuri sociale. Azi observam ca unii oameni nu se descurca eficient cu durerea si cauta consiliere profesionista care sa-i ajute cu gandurile, trairile si comportamentele cu care ei nu se descurca. Altii care nu au cautat consiliere direct, de multe ori accepta o oferta de ajutor in special atunci cand au probleme in a-si rezolva propria pierdere. Eu vad consilierea durerii ca un supliment valid la interventiile mai traditionale care pot sa nu fie eficiente sau disponibile pt. unii oameni. Exista intotdeauna riscul de a face doliul sa para patologic din cauza interventiei anterioare a unui consilier, dar cu o consiliere abila nu mai e cazul de asa ceva.

## **Scopurile consilierii durerii**

Principalul scop al consilierii durerii e sa-l ajuti pe supravietuitor sa-si incheie treburile neterminate cu decedatul si sa fie capabil sa isi ia un ultim ramas bun. Exista scopuri specifice si acestea corespund cu cele 4 etape ale doliului. Aceste scopuri specifice sunt:

1. Sa ii amplifici realitatea pierderii
2. Sa-l ajuti pe client sa faca fata afectelor exprimate si celor neexprimate
3. Sa-l ajuti sa depaseasca variatele impedimente pentru a se readapta dupa pierdere
4. Sa-l incurajezi sa spuna un adio adecvat si sa se simta confortabil in a se reimplica in viata cotidiana.

## **Cine face terapia durerii?**

Diferite tipuri de consilieri obisnuiesc sa faciliteze aceste scopuri. Parkes, in lucrarea sa "Consilierea doliului: functioneaza?" subliniaza 3 tipuri fundamentale de consiliere a durerii (Parkes, 1980). Primul implica servicii profesionale acordate de doctori, asistente, psihologi sau asistenti sociali formati, care ofera suport unei persoane care a suferit o pierdere semnificativa. Acest lucru poate fi facut individual sau in grup. Al doilea tip de consiliere a doliului presupune acele servicii pentru care sunt selectati voluntari care sunt formati si sustinuti de profesionisti. Un exemplu bun pentru asta este programul "Vaduv pentru vaduv", unul dintre primele care a fost realizat de Laboratorul Harvard pentru Psihiatrie Comunitara (Silverman, 1986). Un al treilea tip de servicii include grupuri de auto-ajutor in care persoane care au trecut prin experiente asemanatoare ii ajuta pe cei care sunt in doliu, cu sau fara suportul profesionistilor. Din nou, aceste servicii pot fi oferite individual, unul la unul, sau sub forma consilierii de grup. Un fenomen interesant care a aparut o data cu miscarea ingrijirii spitalicesti din USA a fost revenirea in atentie a problematii doliului. Daca privim liniile indrumatoare stabilite pentru ingrijirea spitaliceasca,

vom vedea ca o recomandare majora pentru un program comprehensiv de acest fel este oferirea de suport familiilor care au o ruda muribunda internata (Kilburn, 1988). Desi asistarea spitaleasca variaza de la unitatile de ingrijire paleativa sau institutiile de sine statatoare, la programele de ingrijire la domiciliu, oricare ar fi tipul de ingrijire exista un acord general ca ingrijirea comprehensiva include lucrul cu familia indoliata. Cele mai multe programe de asistare folosesc o combinatie de profesionisti si voluntari care fac consilierea.

### **Cand trebuie facuta consilierea durerii?**

In cele mai multe cazuri consilierea incepe cel mai devreme dupa o saptamana de la inmormantare. In general in primele 24 de ore e prea curand sa fie chemat un consilier daca nu a fost contactat dinaintea decesului. Persoana indoliata e inca intr-o stare de stupoare sau soc si nu e pregatita sa iasa din confuzie. In unele situatii, cand exista constienta mortii iminente, consilierul poate sa contacteze membrii familiei inaintea decesului si apoi sa faca o reintalnire scurta in momentul pierderii si sa le ofere un contact mai extins, la aproximativ o saptamana dupa funeralii. Din nou, nu exista o regula stricta si aceasta programare in timp nu trebuie luata prea strict. Acest lucru depinde de circumstantele mortii si de rolul si tipul consilierii durerii.

### **Unde ar trebui facuta consilierea durerii?**

Consilierea durerii nu trebuie neaparat sa aiba loc intr-un cabinet profesionist, desi as ar trebui. Am facut consilierea durerii in variate locuri ale spitalului, inclusiv in gradina spitalului si in alte locuri informale. Un spatiu care poate fi utilizat eficient este casa clientului; consilierii care fac vizite acasa pot descoperi ca e locul cel mai potrivit pentru interventiile lor. Parkes este de acord cu asta si spune ca "contactele telefonice si consultatiile din cabinet nu inlocuiesc vizitele la domiciliu". Chiar daca consilierul doreste sa clarifice contactul cu clientul si scopurile si obiectivele interactiunii lor, asta nu necesita

neaparat ca aceste intrevederi sa aiba loc intr-un cabinet formal. Terapia durerii, pe de alta parte, e mai adecvata intr-un context profesional decat acasa sau intr-un context informal.

### **Cui ii e adresata terapia durerii?**

Exista 3 teorii de baza ale consilierii doliului – unii le-ar putea numi filosofii. Prima sugereaza ca consilierea doliului trebuie oferita tuturor indivizilor, mai ales familiilor in care a murit un parinte sau un copil. In timp ce aceasta filosofie e de inteles, costurile si alti factori pot sa nu faca posibila oferta de ajutor intr-o maniera atat de larga. Mai mult de atat, poate sa nu fie necesara tuturor. A doua filosofie sustine ca unii oameni vor avea nevoie de ajutor pentru a-si depasi doliul, dar vor astepta pana cand vor avea dificultati, isi vor recunoaste propria lor nevoie de ajutor si vor cauta asistenta. Aceasta filosofie e poate mai economica decat prima, dar necesita ca indivizii sa treaca printr-un anumit discomfort inainte ca ajutorul sa le fie oferit. O a treia filosofie e bazata pe un model preventiv. Daca putem prezice dinainte cine e probabil sa aibe dificultati un an sau 2 dupa pierdere, atunci putem sa facem ceva sub forma unei interventii precoce ca sa preintampinam o reactie de doliu nerezolvata. Aceasta a treia abordare a fost folosita in studiul Harvardului asupra doliului in care predictorii semnificativi au identificat persoanele vaduve, sub 45 de ani, cu risc crescut. In acest studiu, persoanele vaduve ramase singure erau observate la intervale regulate, timp de 3 ani de la moartea partenerului. Un grup dintre ele, care nu se simteau bine dupa 13 si 24 de luni, a fost identificat si datele stranse anterior, in perioada de doliu, au fost utilizate pentru a defini predictorii semnificativi ai populatiei cu risc crescut. Mai jos e o descriere a persoanelor vaduve cu risc crescut, asa cum au fost definite in acest studiu. Focalizarea e aici mai mult asupra vaduvelor decat a vaduvilor pentru ca sunt semnificativ mai multe, rata fiind de 5:1 in USA. Nici o femeie din studiu nu a intrunit toate criteriile de risc. Acesta este un portret compozit, dar ofera o idee asupra tipului de femeie cu risc ce poate fi identificata

inainte si careia i se poate oferi consiliere, ce o poate ajuta sa isi incheie doliul intr-un mod mai adecvat.

### **Identificarea doliului cu risc**

Femeia care nu va suporta bine doliul tinde sa fie tanara, cu copii minori si fara rude apropiate care sa locuiasca in apropiere ca sa o ajute sa isi alcatuiasca o retea de suport. E timida si dependenta si a depins exagerat de sotul ei sau a avut sentimente ambivalente fata de relatia lor, iar fondul ei cultural si familial a impiedicat-o sa-si exprime trairile. In trecut a reactionat prost la separari si se poate sa mai fi avut in istoria ei de viata tulburari depresive. Moartea sotului ei aduce in viata ei elemente noi de stres – probleme financiare, o posibila mutare si dificultati cu copiii, care la randul lor incearca sa se adapteze la pierdere. La inceput parea ca face fata bine, dar treptat se lasa invadata de o jale intensa si de autoreprosuri si/sau furie. In loc sa se diminueze, aceste sentimente persista o data cu trecerea timpului (Parkes, 1972).

Inercarea de a identifica persoanele vaduve cu risc de catre cei care fac preventia sanatatii mintale, a fost de asemenea facuta de Beverley Raphael intr-un alt studiu de referinta. In timp ce observa persoane vaduve in Australia, Raphael a descoperit ca urmatoarele variabile erau predictorii semnificativi pentru o persoana care nu avea sa se descurce bine un an sau 2 mai tarziu:

1. Un grad inalt de lipsa de suport perceput din partea retelei sociale a persoanei indoliate, in timpul crizei.
2. Un grad moderat de lipsa de suport perceput din partea retelei sociale la faza acuta a doliului care se insoteste cu niste circumstante mai traumatice ale decesului.
3. O relatie marituala anterioara foarte ambivalenta cu decedatul, circumstante traumatice ale mortii si nevoi nesatisfacute.
4. Prezenta unei crize existentiale concurente (Raphael, 1977).

Sheldon si colaboratorii de la Institutul Clark din Toronto au gasit ca 4 grupe principale de predictorii erau importanti in explicarea adaptarii la doliu la 80



de vaduve. Aceste 4 grupe erau variabile sociodemografice, factori de personalitate, variabile ale suportului social si semnificatia decesului. Dintre toate acestea, factorii sociodemografici – tineretea si un statut socioeconomic scazut – erau printre cei mai puternici predictorii de stres ulterior (Sheldon si colab., 1981).

In studiul nostru (Boston Child Bereavement Study) am cautat predictorii pentru stresul ridicat la femei si barbati al caror partener decedase lasandu-i cu copii de varsta scolara. Aceia care au avut un nivel accentuat de stres in preajma primei aniversari a pierderii erau femei care nu anticipasera moartea si care de asemenea suferisera un stres important timp de 4 luni dupa deces. Acestea erau femei care aveau mai multi copii sub 12 ani care locuiau cu ele si suferisera un numar mare de schimbari in viata si stresuri in lunile imediat urmatoare dupa pierdere (Worden si Silverman, 1989).

Un model predictiv poate fi de asemenea aplicat si membrilor familiei, altii decat partenerii. Parkes si colaboratorii sai de la Spitalul Christopher din Anglia au folosit un inventar de risc al doliului (Bereavement Risk Index), cu 8 variabile, pentru a identifica membrii familiei care aveau nevoie de suport. Daca mai multe dintre aceste dimensiuni sunt prezente in prima luna de la deces, persoana este considerata a avea nevoie de interventie:

1. mai multi copii mici acasa
2. clasa sociala mai saraca
3. angajare profesionala – slaba sau deloc
4. furie – accentuata
5. jelire – accentuata
6. autoreprosuri – numeroase
7. absenta altor relatii curente
8. strategii de a face fata, dupa parerea evaluatorului – necesita ajutor (Parkes si Weiss, 1983)

Ar fi fost bine daca am fi avut un set de predictorii care se poate fi aplicati la toata populatia de persoane indoliate. Totusi asa ceva nu exista. Desi s-ar putea sa existe si unele aspecte comune, ceea ce prezice un doliu dificil pentru o populatie poate fi diferit de ceea ce prezice dificultati in alt grup. Clinicienii care

doresc sa foloseasca un model predictiv trebuie sa faca studii descriptive atente care sa reuneasca evaluari in faza de inceput a doliului si apoi sa faca post-evaluari la subiectii care nu primesc ajutor la intervale fixe de timp, pentru a vedea care dintre evaluarile initiale sunt predictorii cei mai buni pentru dificultatile ulterioare. Predictorii ar trebui selectati raportandu-i la caracteristicile importante ale durerii listate in Capitolul 2.

### **Principiile si procedurile consilierii**

Oricare ar fi filosofia cuiva asupra consilierii durerii si maniera de lucru, exista anumite principii si proceduri care fac eficienta consilierea durerii. Ceea ce urmeaza reprezinta un ghid pentru consilier, pentru a putea ajuta clientul sa treaca printr-o situatie de durere acuta si sa ajunga sa-si incheie travaliul de doliu.

#### ***Principiul 1: Ajuta-l pe supravietuitor sa-si actualizeze pierderea***

Cand cineva pierde o persoana semnificativa, chiar daca moartea era oarecum previzibila dinainte, apare intotdeauna o senzatie de irealitate – sentimentul ca de fapt nu s-a intamplat. De aceea primul pas in consiliere e sa aduci clientul la o constientizare completa ca pierderea chiar a avut loc – persoana e moarta si nu se mai intoarce. Supravietuitorii trebuie sa accepte aceasta realitate pentru a se putea confrunta cu impactul emotional al pierderii.

Cum ajuti pe cineva sa-si actualizeze pierderea? Una dintre cele mai bune cai e sa-i ajuti pe supravietuitori sa vorbeasca despre pierdere. Acest lucru poate fi incurajat de consilier. Unde a avut loc decesul? Cum s-a intamplat? De la cine a aflat? Unde era cand a aflat? Cum a fost inmormantarea? Ce s-a spus la serviciile funerare? Toate aceste intrebari sunt puse pentru a ajuta persoana sa vorbeasca in mod special despre circumstantele decesului. Multi oameni au nevoie sa treaca in revista inca o data si inca o data evenimentele pierderii,

inainte de a constientiza pe deplin ca ele chiar s-au intamplat. Asta poate lua ceva timp. Multe dintre vaduvele pe care le-am studiat au spus ca le-a luat cam 3 luni pana sa inceapa sa realizeze si sa inteleaga ca sotul lor era mort si nu avea sa se mai intoarca. Importanta discutiilor despre pierdere a fost recunoscuta de Shakespeare, care prin Macbeth avertizeaza: "Spuneti cuvinte de tristete; durerea care nu vorbeste macina inima impovarata si o frange".

Vizitarea mormantului sau a locului unde sunt ramasitele sau au fost imprastiate, poate de asemenea sa aduca realitatea pierderii. Explorati cu clientul daca viziteaza vreodata mormantul si cum e pentru el. Daca nu il viziteaza, intrebati-l care e fantasma lui in privinta mersului acolo. Vizitele la mormant isi au radacinile in expectatiile si practicile culturale, dar pot de asemenea sa dea indicii despre stadiul in care se afla o persoana cu privire la prima etapa a doliului. Unii oameni au nevoie sa fie incurajati sa viziteze mormantul ca faza a travaliului lor de doliu. Acest lucru poate fi facut cu delicatete, sensibilitate si tinand cont de momentul potrivit pentru o astfel de sugestie.

Consilierul poate fi un ascultator rabdator si poate continua sa incurajeze persoana sa vorbeasca despre pierdere. In multe familii, cand persoana vaduva vorbeste despre deces, raspunsul este: "Nu-mi spune mie ce s-a intamplat. Stiu si eu ce s-a intamplat. De ce te chinuiesti singura vorbind despre asta?". Membrii familiei nu-si dau seama ca ea simte nevoia sa vorbeasca despre asta – vorbitul o ajuta sa constientizeze realitatea pierderii. Consilierul nu e atat de grabit ca familia si poate facilita constientizarea pierderii si a impactului ei incurajand pacientul sa verbalizeze. Verbalizarea poate include amintiri despre decedat, prezente si trecute.

***Principiul 2: Ajuta-l pe supravietuitor sa-si identifice si sa-si exprime trairile***

În ultimul capitol am subliniat o serie de trăiri pe care oamenii le au în timpul doliului, majoritatea dintre ele fiind etichetate ca disforice. Din cauza durerii și neplăcerii, multe dintre sentimente pot să nu fie recunoscute de către supraviețuitor sau pot să nu fie traite la intensitatea de care ar avea nevoie pentru a fi consumate mai eficient. Mulți clienți vin să ne vada pentru că vor să scape imediat de durerea lor. A-i ajuta să accepte și să-și trăiască durerea este o parte majoră a intervenției noastre. Unele dintre trăirile cele mai problematice pentru supraviețuitori sunt furia, vina, anxietatea și neajutorarea.

**Furia.** Când cineva iubit moare, e ceva obișnuit să te simți furios. ”Ceea ce m-a ajutat au fost oameni cărora le-a pasat și care m-au ascultat strigând și urlând”, a spus un bărbat între 20 și 30 de ani a cărui soție murise. Am sugerat mai devreme că furia provine probabil din 2 surse. Una din frustrare și a doua dintr-un sentiment de neajutorare regresivă. Oricare ar fi sursa, e adevărat că multă lume simte o furie intensă, dar nu o asociază întotdeauna cu furia față de decedat. Această furie e reală și trebuie să se îndrepte spre ceva, dacă nu direct spre decedat, tinta reală, poate fi deflectedă spre alte persoane, cum ar fi medicul, personalul spitalicesc, directorul de servicii funerare, preotul sau un membru al familiei.

Dacă furia nu e îndreptată către decedat sau deplasată asupra altcuiva, poate fi retroflectată – întoarsă spre sine și tratată ca depresie, vină sau stima de sine scăzută. În cazuri extreme, furia retroflectată se poate concretiza în comportament suicidal, în ideatie sau în act. Un consilier competent al doliului va investiga întotdeauna ideatia suicidală. O simplă întrebare ca ”A fost așa de rău încât te-ai gândit să-ți faci rău?” e mai aptă să aibă rezultate pozitive decât să îndemne pe cineva la un act autodistructiv. Gândurile suicidare nu reprezintă întotdeauna furia retroflectată. Ele pot de asemenea să vină dintr-o dorință de reîntâlnire cu decedatul.

O parte din furie e emanată de durerea intensă tratată în timpul doliului și consilierul poate ajuta clientul să intre în contact cu aceasta. De cele mai multe ori, totuși, nu e productiv să ataci problema furiei direct. De exemplu, în multe cazuri dacă întrebi: ”Ești furios că a murit?”, persoana va spune: ”Cum aș putea

fi furios ca a murit? Nu a vrut el sa moara. A facut infarct.” Sau oamenii raspund asa cum mi-a raspuns o vaduva cu care am lucrat de curand: “Cum as putea sa fiu furioasa? Era un crestin laic activ. Credea foarte mult intr-o viata de apoi si ii e mult mai bine asa.” De fapt ei ii era mult mai rau. O lasase cu multe griji, indatoriri si preocupari si nu a trebuit sa sapam prea adanc ca sa gasim o furie intensa – furie ca murise si o lasase cu toate problemele astea. Multi oameni nu-si recunosc trairile de furie daca ii intrebi direct despre furie. Ori nu sunt constienti de aceste sentimente ori adera la prescriptia culturala de a nu-i vorbi de rau pe morti. O tehnica indirecta pe care am gasit-o benefica e sa utilizezi cuvantul cheie mai moale “a-ti lipsi”. Uneori intreb supravietuitorul: “De ce anume ti-e dor in ceea ce-l priveste?” si persoana raspunde cu o lista intreaga care de cele mai multe ori duce la tristete si lacrimi. Dupa putin timp, intreb: “Ce nu-ti lipseste la el?”. Exista de obicei o pauza si o tresarire in privire, apoi persoana spune ceva de genul: “Ei bine, nu m-am gandit niciodata in felul asta, dar acum ca ai adus vorba, nu mi-e dor de hainele aruncate pe podea, de intarzierile seara de la cina” si multe altele. Apoi persoana incepe sa-si constientizeze si alte sentimente negative pe care le are. E important sa nu lasi clientul cu aceste trairi negative, ci sa-l ajuti sa gaseasca o balanta mai buna intre sentimentele negative si pozitive pe care le are fata de decedat – sa te asiguri ca sentimentele negative nu le impiedica pe cele pozitive si vice versa. Terapeutul joaca un rol activ in realizarea acestui lucru.

In unele cazuri, tot ceea ce persoana are sunt trairile negative si e important sa-l ajuti sa intre in contact cu trairile corespondente pozitive care exista, chiar daca acestea sunt putine la numar. A pastra numai sentimentele negative poate fi o cale de a evita tristetea care ar deveni constienta inaintea admiterii oricarei pierderi semnificative. Recunoasterea sentimentelelor pozitive e o parte necesara a procesului de atingere a unei incheieri adecvate si sanatoase a travaliului de doliu. Aici nu e problema reprimarii trairii disforice cum e furia, ci a trairilor de afectiune.

Mike avea 23 de ani cand tatal lui alcoolic a murit. De-a lungul anilor acesta se purtase rau cu el. “Crease in mine o dependenta si am continuat sa

ma intorc la el cautand ceva ce nu am obtinut niciodata. Dupa ce a murit mi-am pastrat resentimentele fata de el.” La 3 ani dupa deces, Mike a fost tratat prieteneste de un om mai in varsta. Intr-o seara, cand se pregatea sa plece, omul l-a atins asa cum o facea tatal lui cu ani in urma cand il ducea la culcare. Aceasta atingere i-a scos la suprafata o imagine foarte vie a inmormantarii tatalui lui si a felului cum era intins in sicriu. Acesta imagine a fost insotita de un sentiment intens de tristete si a constientizat cat de mult ii lipsea dragostea tatalui sau. A incercat sa se opuna acestui sentiment zicandu-si ca in mintea lui nu era tatal lui cel din sicriu, dar nu a mers. Tristetea a invins. ”Cum pot explica faptul ca-mi lipseste dragostea tatalui meu, cand nu am avut-o niciodata?”, m-a intrebat el cand a venit la terapie. Prin intermediul lucrului nostru, a reusit sa-si echilibreze trairile. Treptat a gasit o incheiere si o usurare gandindu-se ca ”L-am iubit, dar el nu a putut, din cauza educatiei sale, sa-si exprime afectiunea fata de mine.”

**Vina.** Sunt mai multe lucruri care pot provoca sentimentul de vina dupa o pierdere. De exemplu, supravietuitorii se pot simti vinovati pentru ca nu au oferit o ingrijire medicala mai buna, nu au fost de acord cu o operatie, nu au consultat un doctor mai devreme sau nu au ales spitalul potrivit. Parintii ai caror copii mor sunt foarte vulnerabili la sentimentele de vina care se focalizeaza pe faptul ca nu au putut impiedica copilul sa nu sufere si sa nu moara. Unii se simt vinovati pentru ca nu traiesc o tristete atat de intensa cum isi imagineaza ca ar trebui. Oricare ar fi motivele, cea mai mare parte din aceasta vina e irationala si se centreaza in jurul circumstantelor mortii. Consilierul poate ajuta aici, pentru ca vina irationala cedeaza ea insasi in fata testarii realitatii. Daca cineva spune: ”Nu am facut suficient”, o sa-l intreb: ”Ce ai facut?”, iar el o sa raspunda: ”Am facut asta.” si apoi eu o sa zic ”Ce altceva ai mai facut?”. ”Ei bine, am facut asta.”. ”Si mai ce?”. ”Pai, si asta”. Si apoi o sa-i treaca prin minte si alte lucruri si va spune ”Am facut asta si asta si asta.”. Dupa un timp va ajunge la concluzia ca ”Poate ca am facut tot ce am putut in conditiile date.”

Totusi exista si vina adevarata, culpabilitate reala si cu aceasta e mult mai greu de lucrat. In anumite situatii am folosit tehnici psihodramatice intr-o

secventa de terapie de grup pentru a ajuta persoana sa lucreze cu o astfel de vina. In unul dintre aceste grupuri Vickie, o tanara, a spus ca in noaptea in care tatal ei a murit s-a hotarat sa ramana cu prietenul ei si nu a fost acasa cu familia. A simtit ca a gresit fata de tatal ei, de mama ei, de fratele ei si fata de sine. In psihodrama am pus-o sa aleaga din grup persoane care sa joace rolurile membrilor familiei ei, inclusiv pe al ei. Apoi am pus-o sa interactioneze cu fiecare dintre acesti oameni, spunandu-le despre sentimentul acela de a-i fi nedreptatit si ascultand raspunsul fiecarui personaj din dramatizare. Sedinta a fost foarte emotionanta, dar probabil ca cel mai emotionant moment a fost la final, cand Vickie a imbratisat persoana care o reprezenta pe ea. In acel moment a trait un fel de impacare si vindecare in intreaga ei fiinta.

***Anxietatea si neajutorarea.*** Persoanele ramase in viata in urma unui deces se simt deseori anxioase si tematoare. Mare parte din aceasta anxietate e generata de trairi de neajutorare, sentimentul ca ele nu pot sa se descurce sau sa supravietuiasca singure. Aceasta e o experienta regresiva, care de obicei se linisteste cu timpul si o data cu realizarea faptului ca, desi e dificil, se pot descurca. Rolul consilierului e sa le ajute sa recunoasca, prin restructurare cognitiva, strategiile prin care s-au descurcat pe cont propriu inainte de pierdere si acest lucru ajuta ca trairile de anxietate si neajutorare sa se transforme intr-un fel de perspectiva.

O a doua sursa de anxietate este cresterea constientizarii mortii personale (Worden,1976). Constientizarea mortii personale este constientizarea nu a mortii in general sau a altcuiva, ci a mortii proprii. Asta e ceva ce avem cu totii, ceva care dainuie in fundalul constiintei noastre. Din timp in timp iese in fata si devine mai constienta – de exemplu, atunci cand pierdem pe cineva sau avem un accident de masina.

Pentru cei mai multi dintre noi constienta mortii personale exista la un nivel foarte scazut. Cu toate acestea, o data cu pierderea unei persoane semnificative, fie prieten sau membru al familiei, se produce o crestere a constientei proprii mortalitati, ceea ce duce la o anxietate existentiala. Consilierul poate urma mai multe directii, in functie de client. Pentru unii e mai

bine sa nu abordezi frontal subiectul, ci sa-l lasi asa si sa presupui ca constienta mortii o sa se domoleasca si o sa se stearga. Cu altii e util sa abordezi problema direct si sa-i faci sa vorbeasca despre fricile si presimtirile lor privind propria moarte. Articularea acestora in fata consilierului poate ajuta clientii sa se simta usurati ca si cum si-ar descarca grijiile si ar explora alte optiuni. In orice caz, consilierul trebuie sa decida dupa propria judecata care alegere e cea mai potrivita.

**Tristetea.** Sunt unele momente cand tristetea si plansul trebuie sa fie incurajate de consilier. Frecvent oamenii refuza sa planga in fata prietenilor de teama sa nu impuna prietenia sau sa o piarda, suportand inca o pierdere. Plansul intr-o situatie sociala poate de asemenea fi suprimat pentru a evita criticismul celorlalti. O vaduva a auzit o cunostinta zicand: "Au trecut 3 luni. Cu siguranta ar trebui sa se adune si sa termine cu starea asta de autocompatimire.". Nu e nevoie sa mai spun ca asta nu a ajutat-o nici cu tristetea, nici nu i-a oferit suportul de care avea nevoie.

Unii oameni se tem ca plansul deschis nu o sa arate ca fiind ceva demn sau ca o sa-i stanjeneasca pe altii. Stella isi pierduse pe neasteptate fiica in varsta de 4 ani si funeraliile s-au tinut in casa socrilor ei, la o oarecare distanta de locul unde avusese loc decesul. Stella era obisnuita sa isi exprime durerea, dar soacra ei a intimidat-o atat de mult cu prezenta ei stoica din timpul inmormantarii, ca Stella nu numai ca si-a reprimat tristetea, ci i-a si cerut mamei ei mai in varsta sa faca la fel, ca nu cumva sa deranjeze familia sotului ei. Consiliera a ajutat-o sa puna asta in perspectiva si sa isi dea voie sa planga, lucru de care avea nevoie si pe care il negase.

A plange singur poate fi util, dar poate sa nu fie atat de eficace ca plansul alaturi de cineva si primirea de suport. "Doar plansul totusi nu e suficient. Indoliatul are nevoie de ajutor pentru a identifica semnificatia lacrimilor si acest sens se va schimba pe masura ce travaliul asupra doliului se desfasoara" (Simons, 1979, p.89). E important ca terapeutul sa nu se multumeasca doar cu exprimarea emotiilor vehemente. Focalizarea e esentiala. Tristetea trebuie insotita de o constientizare a ceea ce persoana a pierdut; furia trebuie tintita



adekvat si eficace; vina trebuie evaluata si rezolvata; anxietatea trebuie identificata si lucrata. Fara acest focus, consilierul nu e eficient, indiferent de importanta sau gradul sentimentului care e evocat (Van der Hart, 1988):

*Alaturi de nevoia de focalizare vine si nevoia de echilibru. Indoliatii trebuie sa ajunga la un echilibru care sa le permita sa isi traiasca durerea, sentimentul de pierdere, singuratatea, frica, furia, vina si tristetea; sa-si accepte suferinta si sa si-o exprime; sa inteleaga si sa simta cel mai adanc in sufletul lor ce li s-a intamplat si totusi sa faca toate astea in anumite doze, ca sa nu fie coplestiti de asemenea traiuri (Schwartz-Borden, 1986, p. 299).*

### **Principiul 3: Asistarea vietii fara decedat**

Acest principiu implica sa-i ajuti pe oameni sa se acomodeze cu o pierdere facilitandu-le abilitatea de a trai fara decedat si de a lua decizii pe cont propriu. Pentru a face asta, consilierul poate folosi o strategie de rezolvare de probleme – adica ce probleme intampina supravietuitorul si cum pot fi ele rezolvate? Asa cum s-a mentionat mai devreme, decedatul juca numeroase roluri in viata supravietuitorului si aceasta abilitate de adaptare la pierdere e in parte determinata de aceste roluri variate. Un rol important in familii este cel decizional si acest rol creeaza de multe ori probleme dupa pierderea partenerului. In multe relatii unul dintre parteneri e cel care ia de obicei deciziile, adesea barbatul. Cand el moare, sotia se poate simti ca un copil de 6-7 ani cand e vorba de a lua decizii de una singura. Consilierul o poate ajuta sa invete modalitati eficiente de a face fata si sa dobandeasca abilitati decizionale ca sa fie capabila sa preia rolul anterior indeplinit de sotul ei si facand asta sa-si reduca stresul emotional. Alt rol important care trebuie abordat atunci cand ai de a face cu pierderea unui partener e cel sexual. Unii consilieri ezita sa abordeze aceasta problema importanta; sau poate fi prea mult subliniata, incat sa ajunga sa-l deranjeze pe supravietuitor. Ritei, o casnica de 50 de ani, i s-a propus sa se alature unui grup de persoane vaduve dupa moartea neasteptata a sotului ei. Un consilier bine

intentionat dar absurd i-a spus ca grupul o va ajuta sa-si gaseasca o noua relatie si o va ajuta in privinta nevoilor sale sexuale. Asta nu era lucrul pe care aceasta femeie mai mult inhibata si intre 2 varste ar fi vrut sa-l auda si a refuzat ceea ce ar fi putut fi o experienta de grup suportiva, daca problema i-ar fi fost prezentata in alt fel. A fi capabil sa discuti sentimentele legate de sex care emerg, inclusiv nevoia de a fi atins si da a fi imbratisat, e important. Consilierul poate sa-i sugereze clientului mijloace prin care si-ar putea satisface aceste nevoi, mijloace care sunt in consens cu personalitatea si sistemul de valori ale clientului. Sunt cei a caror experienta sexuala a fost numai cu partenerul decedat, asa ca consilierul trebuie sa abordeze orice anxietate legata de experiente sexuale noi.

Ca un principiu general, persoana care a suferit un doliu recent ar trebui descurajata sa ia decizii importante de schimbare a vietii, cum ar fi sa-si vanda casa, sa-si schimbe slujba sau cariera sau sa adopte copii, prea curand dupa deces. E dificil sa ai o judecata buna in timpul fazei acute a doliului cand exista un risc mai mare de reactii dezadaptative. "Nu muta sau vinde lucruri, ca sa poti fugi. Lucreaza-ti doliul acolo unde lucrurile iti sunt familiare", a spus o vaduva in grupul nostru de persoane vaduve.

O alta vaduva s-a mutat in Boston din New York imediat dupa suicidul sotului ei. "Am crezut ca asta o sa ma faca sa-mi fie mai putin dor de el", mi-a zis. Dupa un an in Boston si-a dat seama ca nu merge si a venit la terapie. Un domeniu pe care nu l-a luat in calcul adecvat a fost sistemul de suport – bine dezvoltat in New York si slab in Boston. Atunci cand descurajezi persoana indoliata sa ia decizii importante de schimbare a vietii prea curand, trebuie sa fii atent sa nu promovezi un sentiment de neajutorare. Mai bine comunica-le ca vor fi destul de capabili sa ia decizii si sa intreprinda actiuni atunci cand or sa fie pregatiti si sa nu ia decizii doar ca sa reduca durerea.

***Principiul 4: Facilitarea restabilirii locului emotional al persoanei decedate***

Facilitand repozitionarea emotionala, consilierul poate ajuta supravietuitorii sa gaseasca un nou loc in viata lor pentru persoana pe care au pierdut-o – un loc care sa-i permita supravietuitorului sa isi vada mai departe de viata lui si sa-si faca alte relatii. A-si aminti e o cale de a retrage treptat energia emotionala investita in decedat. Unii oameni nu au nevoie de nici o incurajare, dar sunt multi care au nevoie si asta se intampla mai ales la cei care si-au pierdut partenerul. Unii oameni ezita sa-si faca alte relatii pentru ca ei cred ca acest lucru o sa pateze amintirea sotului lor disparut. Altii ezita pentru ca simt ca nimeni nu o sa poata tine locul persoanei disparute. Intr-o anumita masura e adevarat, dar consilierul ii poate ajuta sa inteleaga ca desi persoana pierduta nu va mai putea fi inlocuita, e in regula sa incerci sa umpli locul gol cu o noua relatie.

Sunt acei care mai degraba decat sa ezite se arunca repede in relatii noi si consilierul poate sa-i ajute sa evalueze cat de potrivit e acest lucru. "Daca m-as putea casatori din nou totul ar fi O.K", a zis o vaduva la scurt timp dupa deces. De multe ori aceasta actiune nu e potrivita pentru ca poate impiedica o incheiere adecvata a doliului si poate duce la divort, care ar fi o pierdere aditionala. Odata am intalnit un barbat care la inmormantarea sotiei lui "a agatat-o" pe viitoarea lui sotie. A reusit sa o convinga si in scurt timp a inlocuit-o pe sotia lui. Impresia mea a fost ca acest lucru a fost cam bizar si nepotrivit. Daca oamenii se grabesc sa faca o inlocuire rapida, asta poate sa-i faca sa se simta mai bine pentru un timp, dar poate de asemenea sa impiedice trairea intensitatii si profunzimii pierderii. Aceasta intensitate trebuie traita inainte ca travaliul de doliu sa se incheie. De asemenea, ca relatia sa mearga, noua persoana trebuie sa fie recunoscuta si apreciata pentru ea in sine.

### ***Principiul 5: Oferirea de timp pentru a jeli***

A jeli cere timp. E procesul de taiere a corzilor si un astfel de proces e gradat. "Fiecare zi de nastere si aniversare taie inca un fir din coarda", a spus o mama a carei fiica fusese omorata de un fost iubit. Un impediment poate veni din partea membrilor familiei care de-abia asteapta sa depaseasca pierderea si

durerea si sa se intoarca la rutina normala. Copii le spun adesea mamelor lor "Hai, lasa, trebuie sa te intorci la viata ta. Tata nu ar fi vrut ca tu sa te amaresti asa tot timpul." Ei nu realizeaza ca ea are nevoie de timp ca sa se acomodeze cu pierderea si cu toate consecintele ei. In consilierea durerii, consilierul poate ajuta familia explicandu-i acest lucru, care poate parea evident, dar care nu e intotdeauna atat de evident si pentru membrii familiei. Am descoperit ca exista anumite momente in timp care sunt in mod special dificile si ii incurajez pe cei care fac consilierea durerii sa recunoasca aceste perioade de timp critice si sa ia contact cu persoana daca nu exista un contact regulat in desfasurare. Dupa 3 luni apare un astfel de moment. Am lucrat cu o familie mai multe luni in timpul luptei tatalui cu cancerul. Dupa moartea lui am fost la inmormantare. Tatal fusese preot si vaduva si cei 3 copii ai ei nu ar fi putut avea mai mult suport decat au avut la inmormantare si dupa aceea. Cu toate astea, cand am contactat-o pe vaduva dupa o perioada de 3 luni a fost incredibil de furioasa pentru ca nimeni nu mai sunase, oamenii o evitau si ea isi deplasase furia asupra succesorului sotului ei, noul preot al bisericii.

Un alt moment critic este in preajma primei aniversari a decesului. Daca consilierul nu are contacte periodice cu supravietuitorul, l-as incuraja sa il recontacteze in preajma acestei prime aniversari. Tot felul de ganduri si sentimente ies la suprafata in aceasta perioada si de cele mai multe ori persoana va avea nevoie de un suport in plus. Consilierii sunt incurajati sa-si noteze pe calendar cand a avut loc decesul si apoi sa faca reprogramari tinand cont de aceste momente critice. Pentru multi, vacantele sunt cele mai dificile. O interventie eficienta e sa il ajuti pe client sa anticipeze asta si sa se pregateasca din timp. "Gandindu-ma la Craciun dinainte, m-a ajutat cu siguranta", a spus o tanara mama vaduva. Din nou, cat de des il contactezi pe supravietuitor depinde de relatia pe care o ai cu el si de contractul de consiliere, fie formal, fie informal. Totusi, ceea ce vreau sa spun e ca travaliul de doliu necesita timp si consilierul trebuie sa vada rolul interventiei ca unul care poate din necesitate sa se intinda un anumit timp, chiar daca contactele actuale pot sa nu fie frecvente.

### ***Principiul 6: Interpretarea a ceea ce inseamna comportament “normal”***

Al saselea principiu din aceasta lista este intelegerea si interpretarea comportamentelor normale de doliu. Dupa o pierdere importanta multi oameni au senzatia ca o iau razna. Asta poate fi amplificata din cauza ca de multe ori sunt distrasi si traiesc lucruri care nu fac parte din viata lor obisnuita. Daca terapeutul are o intelegere clara a ceea ce inseamna comportament normal de doliu, atunci il poate asigura pe indoliat asupra normalitatii acestor experiente noi. Se intampla rar ca cineva sa se decompenseze si sa devina psihotic ca urmare a unei pierderi, dar sunt si exceptii. Ele apar uneori atunci cand oamenii au mai avut si inainte episoade psihotice sau au un diagnostic de personalitate borderline. Oricum, e chiar un lucru comun ca oamenii sa simta ca o iau razna, mai ales cei care nu au mai avut o pierdere majora pana atunci. Si daca un consilier intelege, de exemplu, ca halucinatiile, o accentuata senzatie de zapaceala sau preocuparea pentru decedat sunt comportamente normale, atunci persoana poate fi linistita de catre acest consilier (Parkes, 1972).

### ***Principiul 7: Permiterea diferentelor individuale***

Exista tipuri variate de raspunsuri comportamentale la doliu. Asa cum e important sa nu te astepti ca toti care mor, sa moara intr-o maniera similara, tot asa e important sa nu te astepti ca toti oamenii care trec printr-un doliu sa sufere in acelasi mod. Totusi, acest lucru e uneori greu de inteles pentru familie. Se simt jenati atunci cand un membru al familiei are un comportament diferit de restul sau un individ care traieste ceva diferit de restul familiei se poate simti stanjenit de propriul lui comportament.

Odata, cand tineam o prelegere in Midwest, dupa intalnire am fost abordat de o tanara care vroia sa vorbeasca cu mine despre familia ei. Parintii ei pierdusera de curand un copil mic si mama ei isi plangea aceasta pierdere, ca de altfel si ea, dar se temea ca tatal ei nu face acelasi lucru. Era ingrijorata ca el ar

putea sa nu faca un travaliu de doliu adecvat si ca urmare sa aiba o reactie de doliu reprimata. Vorbind cu ea, am aflat ca tatal ei ceruse sa poarte el pe umeri micul sicriu, tot drumul de la capela pana la biserica. Mi-am imaginat acea figura singuratica mergand prin oras spre cimitir. Fiica lui a spus ca de la deces tatal ei, care era fermier, petrecea ore intregi pe tractor, singur pe campii. Am intuit ca tatal ei isi facea travaliul de doliu, dar in felul lui, si banuiala mea mi-a fost confirmata mai tarziu printr-o scrisoare de la ea.

### ***Principiul 8: Oferirea de suport continuu***

Al optulea principiu este ca o buna consiliere a durerii cere suport continuu. Spre deosebire de terapia durerii, care e focalizata pe o perioada fixa de timp, in consilierea durerii consilierii pot fi disponibili supravietuitorului si familiei in momentele critice de-a lungul timpului, cel putin in primul an de la deces. Unele dintre aceste momente critice au fost deja mentionate. Rolul consilierului aici este sa ofere speranta si o perspectiva de viitor. O modalitate buna de continuare a suportului oferit poate fi prin intermediul participarii la grupuri. Exista grupuri speciale pentru cei care si-au pierdut partenerul, copiii, parintii etc. Consilierul poate sa-i trimita sau sa conduca el insusi astfel de grupuri de suport si sa ii incurajeze sa vina. Dezvoltarea unor grupuri de doliu eficiente va fi discutata mai tarziu in acest capitol.

### ***Principiul 9: Examinarea defenselor si a stilurilor de coping***

Al noualea principiu implica ajutarea clientului sa-si examineze mecanismele de aparare si stilurile de coping, pentru ca ele vor fi intensificate de o pierdere semnificativa. Acest lucru e mai usor de realizat dupa ce se dezvolta increderea intre client si consilier, cand clientii sunt mai dispusi sa discute despre comportamentul lor. Unele dintre aceste defense si stiluri de coping prevestesc un comportament competent, altele nu. De exemplu, o persoana care face fata

prin intermediul excesului de alcool sau droguri probabil ca nu se adapteaza eficient la pierdere:

*Utilizarea unor cantitati mici de alcool pentru somn, diminuand anxietatea si stergand gandirea ruminativa, predispune supravietuitorul indoliat sa isi gaseasca alinarea in bautura, cu timpul ducand la o crestere a consumului si eventual la stadii de consum necontrolat sau obligatoriu. Un risc crescut il au persoanele indoliate care sunt alcoolici in recuperare sau care au istorii familiale puternice de alcolism (Shuchter & Zisook, 1987, p. 184).*

Consilierul trebuie sa fie atent la asta si sa intrebe despre consumul sau abuzul de alcool sau alte medicamente. Consumul ridicat de medicamente sau alcool poate intensifica trairea durerii si depresia si poate impiedica travaliul de doliu. Daca exista o problema sau e suspectata, consilierul ar fi bine sa urmeze un tratament agresiv care ar putea include resursele unor grupuri ca Alcoolicii Anonimi sau Toxicomanii anonimi.

Cineva care se retrage si refuza sa priveasca pozele decedatului sau sa pastreze in jurul lui orice i-ar aduce aminte de decedat, poate avea un stil de coping nesanatos. Consilierul poate sa-i atraga atentia asupra acestor stiluri si sa-l ajute pe client sa le evalueze eficienta. Apoi pot explora impreuna alte modalitati de coping care ar putea fi mai eficiente in diminuarea stresului si rezolvarea problemelor.

### ***Principiul 10: Identificarea patologiei si trimiterea clientului la alt specialist***

Al zecelea si ultimul principiu din aceasta lista e sa identifici problemele si sa stii cand sa recomanzi pe altcineva clientului. O persoana care face consilierea durerii poate fi capabila sa identifice existenta patologiei care a fost declansata de pierdere si de doliul ulterior si, o data reperata o astfel de dificultate, poate gasi ca e necesara indrumarea spre alt profesionist. Acest rol

particular e deseori numit rolul de "portar". Pentru unii oameni, consilierea durerii sau facilitarea travaliului de doliu nu e suficient si pierderea sau modul in care ei fac fata pierderii pot sa aduca la suprafata mai multe probleme dificile. Unele dintre aceste probleme pot necesita interventii speciale; acestea sunt discutate in Capitolul 5, "Terapia durerii". Pentru ca aceste dificultati implica tehnici si interventii speciale si o intelegere a psihodinamicilor, lucrul cu ele poate sa nu fie in sfera obiectivelor si abilitatilor consilierului durerii. Si chiar daca sunt, strategiile, tehnicile si scopurile interventiei pot sa se schimbe. E important pentru consilierii durerii sa-si recunoasca limitele si sa stie cand sa indrume o persoana spre terapia durerii sau alta psihoterapie.

Inainte de a parasii principiile si procedurile consilierii durerii, trebuie mentionate si banalitatile. Acestea sunt inca date de prietenii binevoitori si ocazional de catre un consilier. Cele mai multe banalitati nu sunt de ajutor. Multe dintre femeile din studiul nostru au spus "Cand cineva a venit la mine si mi-a spus «Stiu cum te simti», acest comentariu m-a facut sa simt nevoia sa tip si sa-i strig «Tu nu stii cum ma simt, nu ai cum sa stii cum ma simt, tu nu ti-ai pierdut niciodata sotul»". Comentarii ca "fi un baietel curajos", "viata e pentru cei care traiesc", "asta o sa se termine curand", "te tii bine", "o sa-ti treaca intr-un an", "o sa fii bine", "tine-te tare" de obicei nu ajuta deloc. Chiar si "imi pare rau" poate fi un comentariu care sa blocheze continuarea unei discutii. Si sunt aceia care, incercand sa-l faca pe celalalt sa se simta mai bine, incep sa toarne pierderile si tragediile pe care le-au avut ei in viata, probabil nefiind constienti ca a compara tragediile nu e o metoda care sa ajute. Oamenii in suferinta ne fac sa ne simtim neajutorati. Aceasta neputinta poate fi marturisita printr-o simpla afirmatie ca "Nu stiu ce sa-ti spun."

### **Tehnici utile**

Orice consiliere sau terapie ar trebui sa se bazeze pe o intelegere teoretica solida a personalitatii si comportamentului uman si sa nu fie numai un



set de tehnici. Cu toate astea, exista mai multe tehnici pe care le-am gasit folositoare in consilierea durerii si vreau sa le mentionez aici.

(a) *Limbajul evocativ*. Consilierul poate folosi cuvinte dure care sa evoce sentimente, de exemplu "Fiul tau a murit" versus "Ti-ai pierdut fiul". Acest limbaj ajuta oamenii cu realitatea care inconjoara pierderea si poate stimula unele dintre sentimentele dureroase care trebuie simtite. De asemenea, a vorbi despre decedat la timpul trecut poate fi util: "Sotul dumneavoastra a fost..."

(b) *Utilizarea simbolurilor*. Puneti-l pe indoliat sa aduca la sedintele de consiliere fotografii ale decedatului. Acest lucru nu numai ca il ajuta pe consilier sa inteleaga mai bine cine a fost persoana, dar de asemenea creeaza o senzatie de prezenta a decedatului si un focus concret pentru a vorbi decedatului, decat pentru a vorbi despre el. Alte simboluri pe care le-am gasit utile sunt scrisorile scrise de catre decedat, casete audio si video si articole de imbracaminte si bijuterii.

(c) *Scrisul*. Puneti supravietuitorul sa scrie o scrisoare sau mai multe decedatului, exprimandu-si gandurile si sentimentele. Acest lucru il poate ajuta sa-si finalizeze treburile neterminate, exprimand lucrurile pe care simte nevoia sa le spuna decedatului. Tinerea unui jurnal al experientei de doliu sau scrierea de poezii pot de asemenea facilita exprimarea sentimentelor si dau sens personal experientei pierderii. Lattanzi si Hale au scris un articol bun despre utilizarile variate ale scrisului la persoanele in doliu (Lattanzi & Hale, 1984).

(d) *Desenatul*. Ca si scrisul, desenarea unor imagini care reflecta sentimentele cuiva, ca si experientele cu decedatul, poate fi si ea de ajutor. Aceasta e o tehnica foarte buna de utilizat cu copiii in doliu, dar merge la fel de bine si cu adultii.

(e) *Jocul de rol*. A-i ajuta pe indoliati sa joace diferite situatii de care se tem sau fata de care se simt penibil e o cale de a abilita – ceea ce e foarte util in lucrul cu Tema III. Consilierul poate intra in jocul de rol, ca facilitator sau ca sa-i arate clientului posibile noi modele comportamentale.

(f) *Restructurarea cognitiva*. Aici prezumtia centrala este ca gandurile noastre ne influenteaza sentimentele, in special gandurile ascunse si vorbirea

interioara care se desfasoara constant in mintea noastra. Ajutandu-l pe client sa-si identifice aceste ganduri si sa le testeze in realitate in privinta acuratetii sau a suprageneralizarii, consilierul il poate ajuta sa-si diminueze sentimentele generate de anumite ganduri irrationale cum ar fi "Nimeni nu o sa ma mai iubeasca vreodata", un gand care cu siguranta nu poate fi probat in prezent. Pentru o discutie mai ampla asupra acestui lucru, a se vedea "Feelling Good" de David Burns, 1980.

(g) *Jurnal de amintiri*. O activitate pe care o familie indoliata o poate face impreuna e sa faca un jurnal de amintiri al membrului pierdut al familiei. Acest jurnal poate include povestiri despre evenimentele familiale, amintiri ca fotografii la minut sau alte fotografii, poezii si desene facute de diferiti membrii ai familiei, inclusiv de catre copii. Aceasta activitate poate ajuta familia sa isi aduca aminte si eventual sa jleasca o imagine mai realista a persoanei decedate. In plus, copiii se pot intoarce si revizita acest jurnal de amintiri ca sa-si reintegreze pierderea in viata lor in evolutie si schimbare.

(h) *Imagerie dirijata*. A ajuta persoana sa si-l imagineze pe decedat, fie inchizand ochii sau vizualizandu-i prezenta pe un scaun gol, poate fi o tehnica foarte puternica. Puterea vine nu din imagerie, ci din aducerea lui in prezent si din vorbitul cu persoana, mai mult decat vorbitul despre ea.

Scopul tuturor acestor tehnici e sa incurajeze exprimarea deplina a gandurilor si sentimentelor privind pierderea, inclusiv a regretelor si dezamagirilor.

### **Utilizarea medicatiei**

Au fost multe discutii referitoare la utilizarea medicamentelor in abordarea doliului normal in faza acuta. Consensul general este ca medicatia trebuie folosita cumpatat si centrat pe eliberarea de anxietate sau de insomnie contrar eliberarii de simptome depresive. Thomas P. Hachett, seful sectiei de Psihiatrie a Spitalului Massachusetts, avea o experienta considerabila in tratarea persoanelor indoliate. El utiliza anxiolitice ca sa trateze si anxietatea si insomnia

(Hachett, 1974). Totusi, in administarea oricarui medicament la pacientii care trec printr-o reactie acuta de doliu, este foarte important sa tii departe de ei orice cantitate potential letala de medicamente. De obicei nu este indicat sa dai medicatie antidepresiva oamenilor care trec printr-o reactie acuta de doliu. Aceste antidepresive isi fac efectul dupa mult timp; rar reusesc sa aline simptomele doliului si pot pregati calea pentru un raspuns anormal la doliu, desi acest lucru trebuie demonstrat prin studii controlate. Exceptia ar fi in cazul episoadelor depresive majore. Cred ca medicamentele pot fi benefice la momentul pierderii cand o oarecare sedare sau ajutor pentru controlul anxietatii sunt utile. Totusi, asemenea administrari sunt folositoare pentru putin timp si inutile in cele mai multe cazuri.

### **Consilierea durerii in grupuri**

Consilierea doliului poate fi facuta in contextul unui grup. Acest lucru nu este numai foarte eficient, dar poate de asemenea sa fie o cale eficienta de a oferi suport emotional persoanei indoliate care-l solicita. Cele ce urmeaza sunt linii directoare pentru crearea unui grup si pentru a-l face sa functioneze eficient:

1. *Alegerea unui tip de grup.* Sunt mai multe decizii care trebuie sa fie luate in ceea ce priveste scopul si structura atunci cand se constituie un grup.

(a) Scopul. Grupurile de doliu exista de obicei pentru unul sau mai multe din urmatoarele motive: suport emotional, educatie sau scopuri sociale. Uneori grupurile incep pentru un motiv care apoi implica un altul. Grupurile care incep pentru suport emotional pot continua cu aceeasi oameni o perioada de timp si sa devina mai mult sociale ca scop, chiar daca suportul emotional continua sa fie oferit. Desi fiecare dintre aceste scopuri poate fi valoros, sunt un mare sustinator al grupurilor care se constituie pentru suport emotional.

(b) Structura. Unele grupuri sunt inchise si limitate in timp, adica functioneaza pe o perioada limitata de timp si participantii intra si ies din grup in aceleasi momente. Alte grupuri sunt deschise si fara o perioada limita de timp. Oamenii vin si pleaca pe masura ce grupul le indeplineste nevoile individuale.

Sunt argumente pro si contra pentru fiecare tip de structura. In grupurile deschise e mai dificil sa aduci la zi membrii noi, din moment ce nu cunosc actiunile si deschiderile care au avut loc inainte de venirea lor. De asemenea, pe masura ce apar oameni noi, sentimentul de incredere trebuie dezvoltat din nou printre membrii.

(c) Logistica. Numarul intalnirilor, durata lor, marimea grupului, locatia si costul sunt toate decizii importante care trebuie luate inaintea inceperii sedintelor. In spitalul nostru din Pasadena avem grupuri inchise de cate 8 persoane care se intalnesc in scopuri educative si pentru suport emotional. Grupurile sunt conduse de coterapeuti si se intalnesc in fiecare saptamana, 8 sedinte a cate 90 de minute. Membrilor li se cere o contributie financiara in ideea ca asta o sa incurajeze prezenta si o sa-i motiveze pe oameni sa paraseasca mai usor grupul.

2. *Evaluarea anterioara a participantilor.* Un factor cheie in a face un grup sa functioneze e selectia membrilor. E mult de spus despre omogenitate – punerea impreuna a oamenilor care au avut pierderi similare, de exemplu un grup pentru sotii in doliu sau unul pentru parinti indoliati. Cu toate acestea unele programe nu sunt atat de extinse sau atat de raspandite acolo unde nu sunt suficienti oameni cu pierderi similare, pentru a avea un grup omogen. Daca exista un singur barbat vaduv intr-un grup de vaduve, e bina sa mai vina inca unul ca primul sa nu se simta ca o exceptie in grup sau ca personajul ciudat. Acelas lucru e valabil pentru includerea a cel putin 2 persoane cu alte tipuri de pierderi. Alt factor in selectie este cat de recenta e pierderea. E important sa nu incluzi oameni a caror pierdere e de 6 saptamani sau mai putin. Cei mai multi care sunt indoliati de asa putin timp nu sunt pregatiti pentru o experienta de grup. Unele grupuri de doliu au membri potentiali care asteapta 6 saptamani dupa pierdere pana sa se alature grupului. Totusi un anumit timp irosit poate fi de ajutor. O femeie care e de curand in doliu poate invata ceva de la cineva care e mai avanssat in travaliul doliului si poate fi un model pentru cum poate cineva sa mearga mai departe in termenii adaptarii la pierdere.

E esential sa inlaturi orice patologie serioasa cand selectezi oamenii pentru grupurile de doliu. Cei care au probleme patologice si emotionale serioase sunt mult mai bine tratati prin consiliere sau terapie individuala.

In selectie exista 2 tipuri de pierderi care pot ridica probleme speciale si includerea acestor potentiali membrii ai grupului trebuie luata serios in considerare. Un tip se refera la pierderile multiple. Oamenii care au pierdut mai multe persoane apropiate intr-o perioada scurta de timp sunt atat de coplestiti de durere incat nu pot participa eficient intr-un grup de doliu. Acestia pot fi oameni care au pierdut mai multi membri ai familiei pe neasteptate intr-un accident sau incendiu sau pot fi oameni care au suferit mai multe pierderi intr-o perioada scurta de timp.

Celalalt tip de pierdere care poate ridica probleme in grupurile de doliu il reprezinta pierderile despre care e greu de vorbit, cum ar fi suicidul. A include pe cineva a carui persoana apropiata s-a sinucis poate sa-i faca pe ceilalti din grup sa devina foarte anxiosi si acest lucru trebuie luat in considerare pe parcursul procesului de selectie. Ar fi bine sa fie incluse cel putin 2 persoane care au suferit o pierdere prin suicid. Acelasi lucru se aplica si pierderilor datorate SIDA. Grupurile speciale pentru supravietuitorii suicidului si cei ai SIDA pot fi foarte eficiente.

3. *Definirea expectatiilor.* Oamenii vin la grup cu expectatii diferite si daca grupul nu indeplineste aceste expectatii acesti oameni vor fi dezamagiti si pot sa nu se mai intoarca. Asta nu este numai un ghinion pentru individ ci, de asemenea, demoralizator pentru grup cand cineva nu mai revine. Inainte de prima sedinta de grup cel care face interviul pentru selectia grupului poate sa modeleze expectatiile persoanei si sa abordeze orice conceptie gresita sau frica nerealista in privinta participarii la grup. Recent, o femeie ne-a abordat pentru participarea ei la grupul nostru de doliu, de la spital, si am trimis-o la un alt grup pentru ca vroia clar anonim. In grupul nostru toata lumea este incurajata sa impartaseasca atat de mult cat doreste si persona care dorea sa ramina anonima sigur nu s-ar fi integrat in grup. Am indrumat-o spre un grup mai mare care era centrat mai mult pe educatie decat pe suport si in care putea sa gaseasca

anonimatul pe care si-l dorea. Cand faci selectia oamenilor pentru un grup de doliu, asigura-te ca te-ai ocupat mai întâi de expectatiile lor.

4. *Stabilirea regulilor de baza.* Regulile de baza sunt reguli care sunt stabilite de liderul grupului, chiar la inceput si servesc mai multor scopuri. Oferă structurare, care ii ajuta pe membrii sa se simta in siguranta. A sti ca exista anumite reguli de comportament poate adauga un sentiment de suport. Regulile de baza ii ajuta de asemenea pe lideri, cu controlul. De exemplu, daca o regula de baza spune ca toti au un timp egal pentru a vorbi despre experienta lor personala si un membru al grupului depaseste timpul, liderul poate sa-i citeze regula de baza, ca sa faca impartirea mai echitabila. Sau daca cineva din grup a incalcat regula de baza a confidentialitatii, liderul poate aborda aceasta problema deschis. Explicati intotdeauna regulile de baza in prima sedinta si repetati-le in primele 2 sedinte de grup.

Exemple de reguli de baza pe care noi le utilizam in grupurile de suport pentru doliu sunt:

- (a) De la membrii se asteapta sa vina la fiecare sedinta si sa nu intarzie.
- (b) Informatia impartasita in grup ramane in grup. Cand se afla in afara grupului, membrii nu au voie sa vorbeasca despre experienta altui membru al grupului.
- (c) Oamenii sunt liberi sa impartaseasca despre pierderea lor atat de mult cat aleg ei.
- (d) Fiecare primeste un timp egal sa-si impartaseasca experienta. Aceasta regula ajuta la evitarea problemei monopolizarii atentiei grupului de catre o singura persoana.
- (e) Nu dam sfaturi decat daca sunt solicitate. E foarte usor in situatii de grup, mai ales in grupurile de doliu, ca oamenii sa dea sfaturi. In general sfatul nu e solicitat si nu e apreciat.

Avand reguli de baza si modeland expectatiile in timpul interviului de selectie, oamenii vin la grup stiind ca e un mediu sigur, ca experienta nimanui nu e mai mult sau mai putin importanta sau valoroasa decat a altuia, ca fiecare persoana va avea timpul ei sa impartaseasca atat de mult sau de putin cat alege

si ca nu o sa li se spuna ce ar trebui sa simta sau sa li se dea sfaturi pe care nu le vor.

5. *Determinarea tipului de conducere.* Un al cincilea factor care face grupurile sa functioneze este conducerea eficienta si sunt mai multe tipuri dintre care poti alege. Unele grupuri sunt conduse doar de persoane care au suferit un doliu; de exemplu, in Societatea Prietenilor Compatitori, parintii indoliati conduc grupuri pentru alti parinti indoliati. Alte grupuri sunt conduse de profesionisti in sanatate mintala si un al 3 lea model de conducere include grupuri conduse de profani, dar cu sprijin profesionist. Suportul profesionist ii permite liderului sa se poata consulta cu cineva daca apar intrebari despre indivizi sau despre interactiunile de grup. In Spitalul Pasadena grupurile noastre sunt conduse de profesionisti in sanatate mintala, formati, si de coterapeuti care sunt studenti in formare pentru una din specialitatile sanatatii mintale.

Printre variatele stiluri de conducere unele pot fi mai eficiente decat altele, in functie de scopul grupului. Unii lideri sunt mai activi, in timp ce altii sunt mai pasivi. Cred ca cel mai eficient stil pentru un lider de grup de doliu, centrat pe suport emotional, e sa fie activ la inceputul grupului si apoi pe masura ce grupul se consolideaza si din el emerge o conducere, liderul de drept se poate retrage si poate deveni mai putin activ. Un lider pasiv poate incuraja trairi de anxietate la membrii grupului, mai ales atunci cand grupul e nou. Acest stil de conducere depinde, bineinteles, de scopurile grupului. Dacă scopul este educațional, atunci liderul desemnat poate îndeplini funcția de conferențiar sau consilier. Dacă scopul este de oferirea suportului emoțional, rolul liderului este de a facilita dezvoltarea acestui lucru, asigurând cadrul pentru ca oamenii să-și împărtășească poveștile și să găsească support și încurajare din partea celorlalți. Un grup al cărui scop este reprezentat de dezvoltarea interacțiunilor sociale va solicita un tip diferit de lider.

Problema co-liderului (co-terapeutului) este importantă în orice discuție despre conducerea unui grup. Este suficient un singur lider, sau mai mult de un lider (terapeut)? Când grupul este mare, este esențială prezența co-terapeutului. Dacă un grup folosește modelul cu co-lider, este important ca cei doi lideri

(terapeuți) să mențină tot timpul o comunicare clară și deschisă între ei. Este de dorit să se întâlnească după ședințele de grup și să discute despre grup. Tensiunile care pot fi subtile și dezbinante pentru grup pot apărea între lideri (terapeuți). Discuțiile de după ședințe dintre terapeuți previn să se întâmple acest.

Este important ca liderul să îi trateze pe toți membrii grupului în mod egal. Un grup este o «reluare» a dinamicilor familiale și oamenii aduc cu ei toate tipurile de experiențe pe care le-au avut cu propriile lor rude și părinți. Aceste sentimente și experiențe apar în viața grupului, în timpul grupului. Nu este neobișnuit ca o persoană să vrea să fie o persoană specială în viața liderului de grup și acest lucru poate crea dificultăți grupului dacă liderul permite să se întâmple acest lucru. Este nevoie ca terapeutul să fie conștient de acest lucru și să refuze invitațiile sau amabilitățile oferite de un membru al grupului. Este, de asemenea, nevoie ca terapeutul să fie conștient de propriile sale probleme care l-ar putea face să accepte anumite atenții din partea unui membru al grupului. Este de asemenea important ca orice întâlniri din afara cadrului de grup dintre lider și un membru al grupului să fie discutate în grup la următoarea întâlnire de grup.

6. *Înțelegerea dinamicii interpersonale.* Ce vor oamenii atunci când vin împreună într-un anumit grup, fie de împărtășire a necazurilor, fie politic, fie de psihoterapie? Cred ca sunt trei nevoi care, la un anumit nivel al conștientizării, se găsesc în mintea oamenilor când participă la grupuri (Shutz, 1972).

(a) *Nevoia de apartenență:* Cei mai mulți oameni care vin la un nou grup se vor uita împrejur și se vor întreba: «Mă potrivesc aici?», «Sunt oamenii ăștia la fel ca mine?». Dacă nu își dau un răspuns afirmativ la această întrebare, probabil nu vor mai veni la a doua întâlnire. Chiar dacă vin încă o dată, această preocupare va fi în continuare prezentă în ședințele de început ale oricărui grup.

(b) *Nevoia de control:* O a doua preocupare este legată de control. «Sunt important/ă?», «Contez în acest grup?», «Are vreo importanță ceea ce spun?», «În ce măsură pot influența acest grup?» sau «În ce măsură voi fi



influențat de ceilalți membrii ai grupului?». Așa cum pentru oameni este important să simtă că se potrivesc în acel grup, este la fel de important să simtă că au un grad de influență asupra celorlalți membrii ai grupului. Dacă nu au, mai degrabă nu vor mai continua să ia parte la grupul de consiliere.

- (c) *Nevoia de afecțiune*: Un al treilea lucru pe care oamenii îl caută prin participarea la un grup este afecțiunea. Folosesc în sens larg termenul de afecțiune. «Le pasă celorlalți de mine?», «Le pasă într-adevăr celorlalți de ceea ce se întâmplă cu mine?». Nevoia de afecțiune se întâlnește atunci când grupul își dezvoltă un simț al identității și coeziunii și intensitatea ei variază. În unele grupuri, se dezvoltă un simț crescut al afecțiunii între diferiți membrii. Oamenilor într-adevăr le pasă de ceilalți și simt că și ceilalți le pasă. În alte grupuri, acest simț al afecțiunii este mult mai puțin dezvoltat.

Pe scurt: oamenii doresc să se simtă în siguranță și importanți. Dacă apar probleme de comportament care sunt de natură să debine grupul, este important să se pună întrebarea: «E adevărat că această persoană nu se simte în siguranță?», «Se simte ea importantă?». A gândi la aceste probleme poate ajuta la diminuarea problemelor de comportament.

7. *A face față efectiv problemelor de comportament*: Sunt câteva comportamente care scad coeziunea grupului și creează liderilor dificultăți. În cele ce urmează voi prezenta un sumar al acestora împreună cu sugestii pentru rezolvarea lor:

- (a) *Pierderea suferită de mine e mai mare decât pierderea suferită de tine*.

Această atitudine apare din când în când în grupuri centrate pe pierdere. Am condus de curând două grupuri în care două femei își pierduseră fiicele tinere, adulte. Una dintre ele încă mai avea soț, cealaltă nu. Femeia fără soț a spus grupului că pierderea suferită de ea era mai mare decât a celeilalte pentru că cealaltă avea un soț, ea însă nu. Un răspuns, din partea liderului, pentru a face față unei asemenea situații este: «pierderile suferite de fiecare sunt importante în acest grup» și «nu ne aflăm aici pentru a compara pierderile».

- (b) *Cel care dă sfaturi*: Camille Wortman și colegii, de la Universitatea Michigan, au întrebat membrii unui grup centrat pe probleme de pierdere ce anume a fost de ajutor pentru ei și ce nu a fost de ajutor în acea suferință. Printre lucrurile cel mai puțin folosite pe care acești oameni le-au enumerat a fost acela de a li se da sfaturi. A face față situației în care un membru al grupului dă sfaturi este destul de ușor, dacă există o regulă de bază în grup care să afirme: «nu dăm sfaturi decât dacă ni se cere acest lucru» (Lehman et. Al., 1986).
- (c) *Moralizatorul*: Un alt tip de persoană dificilă este moralizatorul. Acest tip de persoană dă sfaturi moralizatoare exprimate prin «trebuie», «ar fi trebuit», «trebuia». Am lucrat de curând cu o persoană într-un grup centrat pe pierdere care provenea din tradiția celor Douăsprezece Trepte și, foarte bine intenționat, era cu adevărat moralizator cu ceilalți membrii ai grupului. Câțiva din membrii grupului au simțit asta. L-am încurajat să spună: «Asta e ceea ce *eu aș face*» decât să spună «Asta e ceea ce *tu* trebuie să faci».
- (d) *Cel care nu participă*: O altă dificultate provine din neparticiparea unui membru. Oamenii care participă foarte puțin sau deloc sunt adesea percepuți de ceilalți membrii ai grupului ca fiind critici. Cel mai ușor mod de a evita non-participarea este ca liderul să-i ajute pe toți membrii grupului să împărtășească ceva despre pierderea suferită de ei încă de la prima întâlnire de grup. A permite cuiva să rămână tăcut la prima întâlnire de grup va încuraja ca acea persoană să se comporte la fel și pe parcursul următoarelor întâlniri.
- (e) *Persoana care vine cu o problemă la sfârșitul grupului*: Cu două minute înainte de sfârșitul grupului, această tip de persoană spune: «Apropo, fiul meu a avut un accident săptămâna trecută». Oamenii care fac acest lucru trebuie încurajați să aducă în discuție problema cu prima ocazie, la următoarea întâlnire de grup, mai degrabă decât să fie depășit timpul în care se desfășoară grupul și să se înceapă anumite lupte pentru deținerea controlului.

- (f) *Membru grupului care împărtășește terapeutului o problemă la sfârșitul grupului.* Această persoană nu se auto-dezvăluie în grup, ci împărtășește terapeutului problema sa, la sfârșitul unei ședințe. Este ușor pentru terapeut să-i spună acelui membru al grupului: «Cred că este important pentru toți cei de aici să audă ce ai de spus. Îți propun să începem următoarea ședință prin a vorbi despre asta. Ai putea să spui asta, data viitoare, în fața grupului?».
- (g) *Cel care întrerupe.* În mod frecvent, în cadrul grupurilor, cineva va întrerupe pe altcineva. Un terapeut puternic se poate descurca cu această persoană când se întâmplă să întrerupă și apoi, într-un moment mai prielnic, îi va permite acestei persoane să vorbească despre problema din mintea ei/lui.
- (h) *Persoana care este în dezacord emoțional cu toți ceilalți.* De exemplu, o persoană care râde când toți ceilalți sunt triști. O intervenție adecvată ar fi a liderul-terapeut să spună: «Mă întreb ce experimentezi tu când se discută despre aceste lucruri în grupul nostru». Văd că râzi și mă întreb ce simți în interior». Oamenii se simt adesea anxioși, lucru pe care îl exprimă râzând.
- (i) *Persoana care face comentarii irelevante:* Dacă acest lucru se întâmplă, terapeutul poate întreba în felul următor: «Nu înțeleg care este legătura dintre ce spui tu și ceea ce discutăm aici. Poți să-mi spui cum este relevant ceea ce spui pentru lucrul pe care îl discutăm?»
- (j) *Persoana care se dezvăluie prea mult:* Uneori, un membru al grupului împărtășește prea mult din problemele sale la începutul desfășurării grupului și apoi se retrage și nu mai împărtășește nimic pe parcursul următoarelor ședințe sau nu mai vine la grup. Un terapeut poate adesea percepe această participare, apoi precauție ca fiind a unei persoane care e posibil să se dezvăluie prea repede și prea mult.
- (k) *Membru al grupului care provoacă sau critică terapeutul.* Aceasta este mai mult o problemă a terapeutului decât a grupului în sine, dar îi poate face pe membrii grupului să se simtă incomfortabil. Într-una din

întâlniri, un membru al grupului l-a acuzat pe un coleg de-al meu că este homofobic. În loc să intre în defensă, terapeutul provocat a întrebat: «Ce anume din ce am făcut te face să mă percepi ca fiind homofobic?». Această întrebare facilitează începerea unei discuții clarificatoare, în loc ca liderul să se apere defensive și să escaladeze problema.

Deși grupurile centrate pe pierdere sunt mijloace pentru consilierea după o pierdere suferită, unii oameni vor alege să nu participe la un astfel de grup. În alte cazuri, oamenii nu vor dori să participe la un astfel de grup într-un anumit moment, dar vor dori să facă acest lucru altă dată. O femeie pe care o cunosc a fost abordată de un membru al Societății Prietenilor Compasivi la puțin timp după decesul neașteptat al fiului ei de 19 ani. A participat la o întâlnire și a plecat spunând că nu mai vrea să participe vreodată la o astfel de întâlnire de grup. Totuși, la un an după acest moment, a reconsiderat decizia și mi-a spus că era pregătită să participe la un grup și să beneficieze de pe urma acestei experiențe.

În multe grupuri de psihoterapie o regulă de bază spune că nu este indicat ca membrii grupurilor să se întâlnească unii cu alții între ședințele de grup. Această prescripție nu este, după părerea mea, necesară în grupurile centrate pe pierdere. Există speranța că se vor crea prietenii între membrii grupului și acestea vor continua pe parcursul întregii vieți de grup. Una din sarcinile unei persoane care își face travaliul de doliu constă în a fii în stare să permită unor altor persoane să facă parte din viața sa și să-și permită sie însăși să formeze noi relații. Prietenii care se formează între membrii unui grup centrat pe suportul acordat după o pierdere și care continuă și în afara vieții grupului sunt pași mici, dar importanți care conduc spre procesul de vindecare generală pe care încercăm să-l facilităm prin intermediul consilierii pe care o acordăm.

### **Depășirea durerii prin intermediul ritualului funerar**

Serviciul funerar a fost criticat în mod frecvent, mai ales după raportul Comisiei Federale a Ocupațiilor, din anul 1984. Dar serviciul funerar, dacă este

corect făcut, poate fi un adjuvant important în ajutorul și suportul sănătos pentru depășirea durerii. Voi sublinia în continuare câteva din lucrurile pe care un serviciu funerar la poate face.

Poate să ajute în a face să devină reală pierderea. A vedea corpul persoanei decedate ajută la conștientizarea realității și finalității morții. Dacă cineva are un sicriu deschis sau închis, acest lucru ține de diferențele regionale, etnice și religioase. Totuși, există un mare avantaj în a permite membrilor familiei să vadă corpul persoanei dragi decedate, fie la serviciul funerar de acasă sau la spital. Chiar și în cazul variantei crematoriului (și pare a fi un interes tot mai crescut pentru crematoriu ca opțiune de înmormântare), corpul poate fi în continuare prezent la serviciul funerar fie într-un sicriu închis, fie în unul deschis și apoi să fie dus la crematoriu. În acest fel, serviciul funerar poate fi un cadru puternic pentru a ajuta rudele în viață să-și lucreze un pas al travaliului de doliu.

Serviciul funerar poate oferi oamenilor oportunitatea de a-și exprima gândurile și sentimentele despre persoana decedată. Mai sus am văzut cât de importantă este verbalizarea gândurilor și sentimentelor despre persoana decedată. Tradițional, serviciul funerar oferă această oportunitate. Totuși, există o tendință mai mare de a supra-idealiza și supra – lăuda o persoană în timpul serviciului funerar. Cea mai bună situație este aceea în care oamenii pot exprima atât lucrurile care le vor lipsi odată cu dispariția persoanei iubite, precum și lucrurile care nu le vor lipsi, chiar dacă unii ar putea considera deplasat acest lucru. Serviciul funerar poate fi de ajutor în procesul doliului deoarece le oferă oamenilor oportunitatea de a vorbi despre persoana decedată.

Înmormântarea poate fi, de asemenea, o reflecție asupra vieții persoanei care nu mai este. Este posibil ca rudele să aibă niște obiecte ale persoanei decedate pe care să le aducă la înmormântare pentru a sublinia ce a fost important pentru persoana care nu mai este. În cadrul unui ritual de înmormântare a unui ministru, oamenii veniți din diferite părți s-au ridicat în picioare și au citit scurte pasaje extrase din diferite scrieri ale lui.

Serviciul funerar are efectul de a atrage rețeaua de suport social mai aproape de familia îndoliată, la puțin timp după apariția pierderii, și acest tip de suport social poate fi de foarte mare ajutor în facilitarea procesului durerii.

Un fapt care poate diminua efectul ritualului funerar este acela că are loc prea devreme. Adesea, membrii apropiați ai familiei sunt într-o stare de «amețelă» și copleșire și serviciul funerar nu are impactul psihologic pozitiv pe care l-ar putea avea.

Directorii serviciilor funerare pot lua în considerare propriul lor rol în cadrul consilierii durerii. În plus față de rolul lor de a sfătui oamenii și a-i ajuta să facă față pregătirilor care trebuie făcute în momentul decesului cuiva, poate fi luat în considerare un anumit tip de contact de tipul consilierii psihologice a durerii, în acest timp, pentru membrii familiei rămase în viață. Totuși, unele persoane pot simți neplăcere în situația continuării legăturii cu directorul de la serviciile funerare, imediat după înmormântare. Alte familii, dimpotrivă, nu s-ar simți jignite și ar aprecia interesul acordat suferinței lor din acel moment.

Directorii serviciilor funerare ar putea de asemenea să ia în considerare sponsorizarea grupurilor “Văduvă pentru văduvă”, precum și a altor grupuri de suport din comunitate (Steele, 1975). Acest lucru se practică în multe zone. Acest fapt reprezintă o oportunitate de a se implica în consilierea durerii, pentru directorul serviciului funerar. Directorii serviciilor funerare pot oferi servicii pentru educarea oamenilor despre durere și traviul sănătos de doliu prin sponsorizarea programelor educaționale din comunitate.

### **Eficiența consilierii centrate pe pierdere**

Funcționează acest tip de consiliere? Încercând să răspundă acestei întrebări, Colin Parkes a revizuit un număr de studii de cercetare. A observat serviciile profesionale care ofereau suport celor aflați în suferință, ca și grupurile de suport organizate voluntar. La sfârșitul acestor studii, Parkes a concluzionat:

*Datele adunate arată că serviciile profesionale și grupurile profesionale de suport organizate voluntar, precum și serviciile de auto-ajutor sunt capabile să reducă riscul apariției unor simptome psihiatrice și psihosomatice care pot apare în urma pierderii unei persoane apropiate. Aceste tipuri de servicii sunt cel mai mult apreciate de persoanele care îi percep pe ceilalți membrii ai familiei lor ca fiind puțin suportivi sau care, din alte motive, pot prezenta riscul apariției unor simptome. (Parkes, 1980, p.9).*

Experiența clinică validează această concluzie.

## CAPITOLUL 4

### **Reactii anormale de doliu : Doliul complicat**

Înainte de a lua în considerare reacțiile anormale de doliu, este important să înțelegem de ce unele persoane nu pot jeli. Mai târziu vom analiza tipurile de doliu denaturat sau complicat și vom vedea cum poate diagnostica un clinician aceste cazuri.

### **De ce unele persoane nu pot face travaliul de doliu**

Când am abordat doliul normal în Capitolul 2, am observat că există o varietate mare de comportamente care se încadrează în categoria reacțiilor normale de doliu și am identificat șapte mari arii care influențează tipul, intensitatea și durata doliului. Majoritatea acestor aspecte trebuie luate în considerare dacă dorim să înțelegem de ce unele persoane nu pot face travaliul de doliu.

## Factori relationali

Variabilele relationale definesc tipul de relatie pe care persoana l-a avut cu cel decedat. Cel mai frecvent tip de relatie care impiedica oamenii sa duca la capat travaliul de doliu este relatia ambivalenta, cu ostilitate neexprimata. Aici, incapacitatea de a face fata si de a rezolva ambivalenta din relatia cu persoana decedata inhiba suferinta si de regula prevesteste mari izbucniri de furie si vinovatie, care stau la baza dificultatilor supravietuitorilor. Un alt tip de relatie care cauzeaza dificultati este cea puternic narcisica, unde cel decedat reprezinta o extensie a propriului EU. A admite pierderea ar insemna ca persoana sa se confrunte cu pierderea unei parti din sine, de aceea alege negarea.

In unele cazuri, decesul poate redeschide rani vechi. Moartea unuia dintre parinti, a unui parinte vitreg sau a unei alte persoane care a abuzat sexual de supravietuitor poate readuce la lumina sentimentele nerezolvate legate de aceasta situatie. Cercetarile asupra abuzurilor au aratat ca adesea victimele au o stima de sine scazuta si se invinovatesc foarte mult. Aceasta autoinvinovatie poate fi reactivata in preajma unui deces si dupa el si poate determina forme complicate de doliu. Acest lucru este mai putin probabil sa se intample daca sentimentele legate de abuz au fost rezolvate inainte de deces. Totusi, chiar si in cazurile in care persoana a abordat acest subiect inainte, decesul poate naste ganduri si sentimente care au la origine aceasta relatie complicata si conflictuala cu abuzatorul.

In unele relatii regretam ceea ce ne-am fi dorit sa avem si nu am avut sau nu vom avea. Recent am lucrat cu o pacienta a carei mama suferea de Alzheimer si avea nevoie de ingrijire la domiciliu. Pe masura ce asista la deteriorarea progresiva a mamei sale, devenea din ce in ce mai constienta de faptul ca pierdea ocazia ca mama sa abuziva sa o iubeasca si sa aiba grija de ea. Dupa moartea mamei sale, s-a adresat pentru tratament impotriva depresiei. Travaliul de doliu s-a centrat pe exprimarea emotiilor fata de moartea mamei si



pe pierderea iluziei ca va primi vreodata dragostea si acceptarea pe care si le dorea de la mama sa.

Foarte greu de integrat sunt si relatiile de dependenta. Mardi Horowitz si colegii sai de la Scoala Medicala a Universitatii California din San Francisco considera ca oralitatea si dependenta joaca un rol important in predispunerea unei persoane la o reactie patologica de doliu. O persoana care se afla intr-o relatie de dependenta puternica si pierde sursa acelei dependente, va suferi o schimbare a imaginii de sine, trecand de la persoana sigura pe sine, sustinuta de relatia cu sinele puternic al celuilalt, la structura preexistenta a unei persoane slabe, fara aparare care implora in van sa fie salvata de catre o persoana pireduta sau predispusa la abandon. (Horowitz, 1980)

Majoritatea celor care pierd o persoana semnificativa se vor simti neajutorati, dar acest sentiment de neajutorare nu are acel grad de disperare pe care il intalnim in cazul celor care au avut relatii de dependenta, iar la persoanele sanatoase sentimentul de neajutorare nu il umbreste pe cel al imaginii de sine bune. In cadrul unei personalitati normale, sanatoase exista un echilibru al perceptiei de sine intre pozitiv si negativ. Pentru persoana care a pierdut o relatie de dependenta sentimentul de neajutorare si autoperceperea ca neajutorat au tendinta de a eclipsa celelalte sentimente sau abilitati care ar avea capacitatea de a modera aceasta imagine de sine slaba.

#### Factori de circumstanta

Mai sus am vazut ca circumstantele in care are loc o pierdere sunt importante in determinarea intensitatii si formei reactiei de doliu. Exista anumite circumstante specifice care pot face doliul imposibil sau poate ingreuna travaliul de doliu . In prima categorie se incadreaza situatia cand pierderea este incerta (Lazare, 1979). Un exemplu ar fi soldatul disparut in actiune. Sotia sa nu stie daca el mai traieste sau nu si, in consecinta, nu poate trece printr-un travaliu de doliu. Dupa Razboiul di Vietnam, unele femei au crezut ca partenerii lor au murit. Au trecut prin procesul de doliu si au facut fata pierderii, pentru ca apoi sa isi reintalneasca

sotii, care fusesera eliberati ca prizonieri de razboi. Ar putrea suna ca o tema buna pentru un film de Hollywood, dar in realitate aceste situatii au cauzat mari dificultati cuplurilor, iar unele chiar au sfarsit prin divort.

Si cealalta situatie duce la nefinalizarea doliului. Sunt femeii care cred in continuare ca sotii lor se afla undeva in Vietnam si nu vor putea trece peste pierdere decat dupa ce vor sti cu siguranta ca partenerii lor au murit.

O alta dificultate de circumstanta apare atunci cand pierderile sunt multiple, asa cum se intampla in cazul cutremurelor, incendiilor sau prabusirilor de avion, cand un accident ucide mai multi membri ai unei familii (Lazare, 1979). Un astfel de exemplu a fost sinuciderea in masa din Jonestown, Guyana, in care au murit cateva sute de oameni. Circumstantele si proportiile acestei pierderi au facut ca familiile supravietuitoare sa treaca cu mari dificultati peste perioada de doliu. Volumul oamenilor care trebuiau jeliti era atat de mare, incat parea mult mai simplu sa amani procesul de doliu cu totul. Pierderile multiple se pot produce si in moduri mai putin dramatice. Am lucrat cu o femeie care a pierdut patru rude apropiate in trei ani. Era atat de coplecita de pierdere, incat nu si-a exprimat durerea deschis, ci a convertit-o intr-o anxietate handicapanta, care a adus-o la tratament. Acest lucru poate fi numit o suprasarcina de pierderi (Katenbaum, 1969).

## Factori istorici

Persoanele care au avut parte de reactii complicate de doliu in trecut sunt predispusi la reactii complicate in prezent. „Pierderile si separarile trecute au un impact asupra pierderilor, separarilor si atasamentelor prezente si toti acesti factori isi pun amprenta asupra temerilor legate de viitoarele pierderi si separati si asupra capacitatii de a dezvolta atasamente ulterioare” (Simos, 1979, p. 27). Cei cu istorie de boli depresive prezinta de asemenea un risc mai mare de a dezvolta o reactie complicata de doliu.

O alta tema de interes este influenta pierderilor parentale precoce asupra dezvoltarii reactiilor complicate de doliu in cazul altor pierderi. Au existat o serie

de studii asupra legaturii dintre acestea si dezvoltarea ulterioara a unor probleme de sanatate mentala, dar descoperirile nu sunt concludente inca. Pierderile parentale precoce sunt importante, dar la fel de importanta este si educatia din primii ani. In studiile sale longitudinale asupra barbatilor, Vaillant a descoperit ca „oralitatea si dependenta care ingreuneaza doliul sunt generate mai degraba de viata intr-o ...

Parinti consistenti, imaturi si incompatibili decat sa fi pierdut parinti buni” (Vaillant, 1985, pag. 62). S-a dovedit ca persoanele care experimenteaza reactii complicate la durere au avut un atasament nesigur in copilarie si au fost ambivalenti in raport cu mamele-primul lor obiect iubit (Pincu, 1974).

#### Factori de Personalitate

Factorii de personalitate se refera la caracterul unei persoane si la modul in care acesta afecteaza capacitatea de a face fata stresului emotional. Sunt anumiti oameni incapabili sa tolereze disconfortul emotional major si se retrag pentru a se putea apara impotriva acestor sentimente puternice. Datorita incapacitatii de toleranta a stresului emotional ei scurtcircuiteaza procesul si apar reactiile patologice la pierdere.

Persoanele care nu tolereaza sentimentele de dependenta vor avea dificultati in procesul de doliu.

Deoarece rezolvarea doliului presupune experimentarea diferitelor stari ca neajutorarea in fata pierderii existentiale, acei indivizi ale caror defense principale au scopul de a evita sentimente de neajutorare vor avea probabil reactii disfunctionale la pierdere. Astfel, cei care aparent functioneaza mai bine sunt cei care sunt loviti mai tare de o pierdere majora ce le zdruncina sistemul de credinte si valori. [Simos, 1979, p. 170]

O alta dimensiune a personalitatii ce impiedica manifestarea durerii este conceptul de Sine. Fiecare dintre noi are o anume idee despre cum suntem si

incercam sa traim in concordanta cu aceasta definitie.Partial, conceptele pe care le avem despre sine includ a fi cel “puternic” in familie, iar persoana care poarta aceasta eticheta ajunge sa joace acest rol in detrimentul ei.Oamenii “puternici” – concept despre sine intarit de societate – nu isi permit sa experimenteze sentimentele de care este nevoie pentru a avea o reactie adecvata la pierdere (Lazare, 1979).

June este o femeie la varsta de mijloc al carei tata a murit cand ea era foarte tanara.Mama ei si-a asumat rolul de “om puternic” in familie.La un moment dat s-a decis plasarea ei intr-un orfelinat religios in care se vorbea doar franceza.Cu toate ca i-a venit greu sa faca fata, s-a identificat cu puterea demonstrata de mama ei, a jucat rolul unei persoane puternice, si a supravietuit.Ani mai tarziu, cand sotul ei a murit lasand-o singura cu doi copii a avut nevoie de aceeasi putere.Doi ani mai tarziu si-a dat seaman ca nu poate face fata si a apelat la ajutorul specialistilor.Unul dintre lucrurile care o impiedicau sa dea frau liber durerii a fost nevoia de a fi puternica pentru copii sai.In terapie a reusit sa inlature aceasta piedica si sa exploreze sentimentele mai profunde legate de pierdere.

## Factori Sociali

Determinantul final ce poate da nastere unor reactii complicate de doliu este generat de factori sociali.Durerea este un proces si este bine sa se desfasoare in context social in care oamenii isi pot da reciproc sprijin si comfort.Lazare subliniaza trei conditii sociale care opt umbri sau facilita doliul (Lazare, 1979). Prima este atunci cand despre pierdere nu se poate vorbi din punct de vedere social, ceea ce se intampla des in cazul suicidului.Cand cineva moare astfel, si in special atunci cand nu se stie clar daca a fost o moarte accidentala sau o tentatia de suicid prietenii si familia au tendinta sa pastreze linistea in legatura cu acest subiect si circumstantele din jurul decesului.Aceasta

conspiratie a tacerii face mult rau supravietuitorilor, care ar putea sa aiba nevoie sa comunice cu ceilalti pentru a face fata durerii pe care o simt.

Rusty, copil singur la parinti si-a pierdut mama atunci cand avea 5 ani. S-a dus in garaj, a conectat un furtun la teava de eapament si s-a sinucis. Tatal lui a fost atat de distrus de pierdere incat a plecat aproape imediat spre coasta de Vest lasand copilul in grija unor rude din Midwest. Nimeni nu i-a vorbit niciodata despre ce i s-a intamplat si despre cum s-a intamplat... Dar problemele cauzate de aceasta pierdere timpurie si de abandonul tatalui lui au iesit la suprafata in jurul varstei de 30 de ani. Se afla in pragul divortului si nevasta il ameninta ca il va parasi. In terapie, Rusty a reusit in sfarsit sa isi examineze copilaria si efectele pe care doliul sau nefinalizat l-au avut in viata lui.

Ca reactie la tacerea care insoteste suicidul exista grupuri de suport pentru supravietuitori. Acest fel de grup de suport joaca un rol important pentru oamenii care nu pot beneficia de confortul discutiilor cu familia si cu prietenii.

Un al doi-lea factor social care complica reactiile la doliu are coc cand pierderea este negata din punct de vedere social. Cu alte cuvinte atunci cand persoana si cei din jurul ei se poarta ca si cum pierderea nu ar fi avut loc. Un bun exemplu este atunci cand cineva are un avort. Multe femei singure insarcinate pot lua decizia de a intrerupe sarcina. O problema este ca decizia se ia foarte des izolat, tatalui nu i se spune despre sarcina iar familia femeii nu este implicata, cel mai adesea datorita teamei. Astfel, femeia care a avortat ingroapa incidentul in adancurile mintii ei ca si cum nu s-ar fi intamplat. Dar pierderea ar avea nevoie sa fie jelita si nu este, dar ar putea iesi la suprafata mai tarziu in alte situatii. Jelitul unui avort va fi discutat mai pe larg in capitolul 6.

O a treia dimensiune sociala care poate cauza complicatii este absenta unei retele de suport social, a unei matrice de suport formata din oamenii care l-au cunoscut pe decedat. In societatea noastra, Oamenii se muta frecvent departe de prieteni si familie. Cand cineva care traieste in Boston afla despre moartea cuiva drag din California, poate primi suportul grupului de prieteni din Boston dar nu va avea acelasi efect cu al unor persoane care l-au cunoscut pe

decedat. Aceasta absenta a suportului social se datoreaza granitelor geografice dar suportul social mai poate lipsi si din alte motive, cum ar fi izolarea sociala.

In studiul lui Parkes despre vaduvele din Londra acesta a descoperit ca cele care manifestau cea mai mare furie ca urmare a pierderii sotului erau cele cu un grad mare de izolare sociala (Parkes, 1972). Aceasta relatie dintre furie si izolarea sociala a fost si obiectul cercetarii noastre. O femeie care isi pierde sotul si care este foarte furioasa poate experimenta de asemenea izolarea cu toate ca este inconjurata de familie si prieteni. Acest lucru poate face doliul si mai dificil crescandu-i furia. O tanara vaduva a fost lasata singura cu trei copii. A beneficiat de suportul prietenilor. Cu toate acestea, sase luni mai tarziu era foarte, foarte furioasa deoarece nimeni nu o mai cauta. Cred ca furia ei nu facea decat sa ii indeparteze pe ceilalti accentuand izolarea.

### **Cand doliul are reactii gresite**

Durerea anormala apare in diferite forme si a primit numeroase etichetari. Poate fi numita durere patologica, nerezolvata, complicata, cronica, intarziata sau exagerata. In cel mai recent volum al Manualului Diagnostic Si Statistic Al Asociatiei Americane De Psihiatrie reactiile anormale la doliu au fost definite ca "jale complicata". Dar indiferent de eticheta lingvistica se refera la:

Intensificarea durerii pana la un nivel la care persoana este coplesita, recurge la comportamente maladaptative sau ramane interminabil intr-o stare de doliu fara pregrese catre incheiere.... Implica procese care nu duc spre asimilare si acomodare dar, in schimb, duc la repetitii stereotipe sau la intrerulepr extensive ale vindecarii. [Horowitz, 1980, p. 1157]

La inceputul secolului Freud si Abraham au notat diferente intre durerea normala si patologica (Abraham 1927, Freud, 1917). Cu toate acestea abordarea lor a constatat in a descrie anumite caracteristici ca specifice doliului normal in timp ce altele erau specifice doliului patologic. O abordare descriptiva este in general

insuficienta si insatisfacatoare.Studii ulterioare arata ca anumite caracteristici descrise de Freud si Abraham drept caracteristici ale durerii patologice se gasesc in reactii normale la durere, cum ar fi episoade intense de durere ca reactie imediata a unei pierderi.Freud si Abrahama le-au considerat indicatori ai durerii patologice, in timp ce noi le consideram ca indici ai normalitatii.Astazi stim ca este o relatie continua intre reactiile normale si anormale la doliu, intre doliul complicat si necomplicat si ca patologia se refera mai degraba la intensitatea si durata reactiei decat la simpla prezenta si absenta a comportamentului (Horowitz, 1980).

Sunt mai multe moduri de a evidentia reactii complicate ale durerii.Una dintre cele mai folositoare paradigme descrie: (1) reactii cronice de doliu; (2) reactii intarziate de durere; (3) reactii exagerate de durere; (4) reactii mascate de durere.Le vom examina pe fiecare in parte

### **Reactii Cronice De Doliu**

O reactie crnica la doliu este una de o durata excesiva care nu ajunge niciodata la o concluzie satisfacatoare. Reactiile aniversare unt comune pentru 10 ani sau mai mult, si, in sine nu comunica prezenta patologiei.Reactiile de durere patologica sunt usor de diagnosticat deoarece persana care le are este constienta ca nu poate trece de doliu.Durerea cronica, desi constientizata este posibil sa nu se rezolve de la sine.Constientizarea este puternica in special atunci cand doliul dureaza de cativa ani iar subiectul il simte nefinalizat.Oamenii care vin sa ceara ajutorul vor spune lucruri ca “Nu pot reincepe sa traiesc”, “Acesta u este sfarsitul pentru mine”, “Am nevoie de ajutor ca sa redevin eu insumi”.

Pentru unii tratamentul va trebui sa contina acceptare faptului ca decedatul a disparut si ca nu se va mai intoarce niciodata. Pentru altii este nevoie sa se confrunte sentimentele confuze si ambivalente fata de decedat. Unele reactii cronice la doliu includ jelirea unei relatii care nu a fost niciodata in peranta ca ea ar fi putut sa evolueze astfel (Peterson, 1987). Am vazut asta in

cazul unor indivizi al caror trecut include alcoolismul si abuzul sexual si fizic. Pentru cei care au avut o relatie de dependenta cu decedatul ajutorul de a se adapta la o viata fara acesta si dezvoltarea competentelor pot fi parte din interventie. Pentru cei cu atasament nesatisfacut pierderea genereaza nesiguranta si incapacitatea de a reusi singuri. Ar avea nevoie de ajutor si incurajari in formarea unor noi relatii care i-ar ajuta sa umple acea nevoie. O durere cronica sau prelungita presupune ca terapeutul si clientul sa observe impreuna care sarcini ale doliului nu au fost indeplinite si de ce. Interventia va fi focalizata pe aceste sarcini.

### **Reactii intarziate de durere**

Reactiile intarziate de durere sunt numite inhibitate sau amanate. In acest caz persoana a putut avea o reactie emotionala in acel moment al pierderii, dar nu este suficient corelat cu pierderea. Data urmatoare persoana poate avea simptome de durere pentru cateva pierderi imediate, dar intensitatea durerii ei/lui pare excesiva. Ce se intampla aici este ca o parte din durere este relatata de Taskul Durerii II, care nu a fost facut in mod adecvat la timpul pierderii originale, este purtata inainte si este experimentat in timpul pierderii curente. Persoana are in mod general impresia ca raspunsul pe care-l simte este exagerat vis-à-vis de situatia curenta.

Un exemplu interesant al durerii intarziate apare in cazul in care o femeie si-a pierdut copii intr-un accident. A fost insarcinata in acel timp si i s-a sugerat sa nu ramana suparata pentru ca sentimentele intense pot pune in pericol sarcina. A ascultat acest sfat, pentru a avea o durere intensa cand ultimul ei copil a plecat de acasa.

Sentimente prea puternice in perioada pierderii pot cauza persoana sa intarzie durerea. Se intampla adesea in cazuri de moarte sau suicid. Chiar daca o anumita durere este simtita in acel moment, nu e suficient pentru pierderea survenita si durerea poate apare mai tarziu. Durerea intarziata poate de asemenea sa fie stimulata de alte tipuri de pierderi. S-au vazut cazuri de oameni



a caror durere pentru o pierdere anterioara cauzata de deces a fost declansata de catre un divort recent sau in curs. Durerea intarziata poate de asemenea sa apara la cativa ani dupa un avort spontan.

Asemenea reactii intarziate pot aparea nu doar dupa o anumita pierdere, care este in mod direct traita de individul care trece prin experienta, dar, de asemenea, cand privim pe altcineva care trece printr-o pierdere sau cand vedem un film, TV, sau alt mediu media unde pierderea este tema emisiunii. Cand vedeti o piesa trista, este normal sa aveti sentimente de tristete. Dar ceea ce pune in evidenta caracteristicile reactiei de durere este intensitatea acestor sentimente care la o urmatoare examinare, rezulta a fi durere nerezolvata sau o pierdere anterioara. Bowlby sugereaza o posibila explicatie a tendintei ca o pierdere recenta sa activeze sau sa reactiveze durerea pentru o pierdere suferita anterior. Cand o persoana pierde figura de care este curent atasat, este natural pentru el sa se intoarca pentru confort la o figura de atasament anterioara.

### **Reactii de durere exagerate**

A treia categorie de diagnostic are legatura cu raspunsurile de durere exagerate, in care persoana experimenteaza intensitatea unei dureri normale, si se simte coplecita, si apeleaza la un comportament maladaptiv. Spre deosebire de durerea mascata, unde persoana nu simte ca simptomele sale sunt legate de o pierdere, persoana cu un raspuns exagerat la durere este constienta ca simptomele sale sunt legate de pierdere, si cauta terapie pentru ca experienta sa este puternica. Raspunsul exagerat la durere include dezechilibre psihiatrice masive care urmeaza dupa o pierdere.

Depresia clinica care se dezvolta dupa o pierdere este un exemplu. Dar majoritatea cazurilor nu sunt clinice. Chiar daca aceste sentimente de nereusita trec in disperare irationala, si sunt acompaniate de alte trasaturi depresive, un diagnostic despre depresia clinica va rezulta.

Anxietatea este un alt raspuns al durerii. Daca anxietatea este experimentata drept atac de panica sau urmata de dezvoltarea

comportamentului fobic, atunci se vor include aceste dezechilibre in durere exagerata. Fobiile care apar in contextul pierderii sunt centrate de multe ori in jurul mortii. Un pacient, care a avut o istorie anterioara despre ingrijire psihiatrica, si-a pierdut tatal, si apoi dupa trei luni a inceput sa dezvolte o thanatobie s-a intors pentru tratament pentru a scapa de aceste simptome. De multe ori, subliniind acest tip de fobie, inseamna vina incostienta si gandul « Merit sa mor si eu... »

Alcoolismul exagerat, sau abuz de alta substanta care se dezvolta, sau este exagerat din cauza pierderii, va fi inclus aici sub reactii exagerate de durere. Cei care trateaza alcoolismul, ar trebui sa exploreze posibilitatea ca durerea nerezolvata este parte din procesul de recuperare. Sunt cativa care sufera durere, de obicei de natura catastrofica, care dezvolta semnale si simptome de dezechilibru al Stresului Post-Traumatic (PTSD). Am lucrat cu veterani din Vietnam, ca si cu supravietuitorii din accidente grave de masina, care au aratat simptomele clasice de PTSD. Sunt abordari specifice pentru munca cu acest dezechilibru, care sunt in afara discutiei terapiei durerii. Oricum acest dezechilibru precipitat de pierdere va cade sub durere exagerata.

Cateva cazuri de manie aparute dupa durere au fost raportate in literatura. In mod uzual, ele apar la o persoana cu o istorie a dezechilibrelor afective.

### **Reactii de durere mascate**

Ele sunt interesante, fiindca, pacientii au simptome si senzatii care le dau batai de cap, dar nu-si dau seama ca sunt legate de pierdere. Ei dezvolta simptome nonafective sau dupa cum spune Parkes, simptome care sunt vazute drept echivalente ale durerii.

Helene Deutsch, in lucrarea ei despre absenta durerii, comenteaza despre acest fenomen. Ea spune ca moartea unei persoane iubite trebuie sa produca un anume tip de reactie expresiva despre durere si ca omisiunea ei este la fel de mult o variatie a durerii normale, care este excesiva in timp si intensitate. Ea mai spune ca, daca o persoana nu exprima sentimente intr-o maniera deschisa,

aceasta durere nemanifestata se va exprima cu intensitate in alt mod. Sugestia ei este ca, oamenii vor avea reactii absente de durere pentru ca ego-ul lor nu este suficient dezvoltat, pentru a sustine munca durerii si, ca acea persoana foloseste mecanisme personale narcisiste legate de proces.

Durerea mascata sau inchisa, in general, apare in mai multe moduri : ori este mascata cu un simptom psihic, sau e mascata printr-un tip de comportament. Persoane care nu-si permit sa simta durere in mod direct pot dezvolta simptome medicale similare cu cele care decedatul a aratat, sau ei pot dezvolta un tip de plangere psihosomatica. De exemplu, durerea poate fi de multe ori un simbol pentru durerea interna suprimata, sau pacientii care au fost tratati pentru diferite probleme somatoforme, sau care au putut sublinia problema durerii.

Zisook si Devaul arata cateva cazuri unde simptomele psihice experimentate de catre supravietuitor sunt similare cu cele suferite de catre decedat in timpul bolii sale. Sunt numite « boli facsimil » Un caz se refera la o femeie care avea dureri de piept, identice cu cele suferite de sotul sau inainte de a muri de un atac de cord. Simptomele au aparut in preajma aniversarii mortii lui. Intr-un alt caz, o femeie s-a prezentat cu o durere de stomac. Mama ei a murit cu cativa ani inainte, si primul episod de durere s-a produs in preajma aniversarii mortii ei. In ambele cazuri nu a fost nici o patologie organica si simptomele sunt diferite de instantele de durere care sunt tratate in terapie.

Pe de alta parte , simptomele fizice pot sau nu, sa fie singurele manifestari ale durerii reprimata—poate de asemenea sa fie mascata drept un simptom psihiatric, cum ar fi depresia neexplicata, sau vreun tip de a arata comportamentul maladativ. Au fost cateva studii cae sugereaza ca comportamentul delincvent poate fi vazut ca un echivalent in cazul durerii mascate.

### **Durere complicata de diagnostic**

Cum diagnosticheaza terapia o reactie la durere? Sunt doua moduri. Ori un pacient va veni cu un autodiagnostic, ori pacientul va veni cu o forma de problema medicala sau psihiatrica, nestiind ca durerea nerezolvata este la mijlocul problemei. In ultimul caz, necesita stiinta clinicianului pentru a determina ca durerea nerezolvata este problema, iar in primul caz, diagnosticul este o problema usoara. Nu am vazut un caz in care o persona a venit la terapie deoarece credea ca, conditia sa legata de pierdere nu a fost adevarata. Fie ca acesta sa fie un exemplu bun. Cand a fost la varsta de 50 ani, fiul sau a fost omorat intr-o coliziune aeriana. Au fost o multitudine de factori care au facut dificila plangerea fiului sau : a fost o moarte imediata ; s-a intamplat departe de casa ; din cauza circumstantelor, nu a fost un corp pentru inmormantare. Dupa aproximativ doi ani, May s-a apropiat de preotul sau si a spus ca nu se descurca cu durerea sa. Nu putea face lucrurile pe care le facea inainte de moarte. Avea o senzatie de a fi ramas in mijlocul procesului de plangere si a cerut ajutorul. Acest tip de autodiagnosticare este tipic.

Oricum, multe tipuri de oameni vin pentru tratament medical sau psihiatric datorita durerii, si necesita ca ajutorul clinicianului sa puna diagnosticul. Majoritatea procedurilor necesita o istorie detaliata de la client sau pacient, dar pierderile pot fi trecute cu vederea, si ele pot avea o relationare directa cu problemele curente. Este foarte important sa se stie o istorie a pierderilor cand se face internarea.

Sunt cateva lucruri legate de reactia la durerea nerezolvata. Lazare ne-a dat o excelenta taxonomie a lor. Fiecare din aceste chei de una singura nu poate fi suficienta pentru a pune diagnosticul, dar trebuie luate si analizate serios si diagnosticul durerii complicate trebuie luat in considerare atunci cand apare.

*Cheia 1.* persoana intervievata nu poate vorbi despre decedat fara a simti durere intensa. Un om la varsta de 30 ani a venit la birou, nu pentru terapia durerii, dar cu o disfunctie sexuala. Cercetand initial, am intrebat despre pierderi, morti recente si mi-a raspuns ca a murit tatal sau. Cum vorbea el se simtea o prospectime a durerii care m-a facut sa cred ca pierderea este recenta. Dar pierderea a survenit acum 13 ani. Mai tarziu, am incercat sa pun in legatura

aceasta pierdere cu disfuncționalitatea sexuală. Când o persoană nu poate vorbi despre pierdere, fără a pierde echitabilitatea, trebuie luată în considerare posibilitatea durerii nerezolvate. Iarasi, ceea ce se caută aici este intensitatea durerii care apare la mulți ani după pierdere.

*Cheia 2.* Câteva evenimente relativ recente, pornesc reacții intense. În cap 6 prezintă cazul unei femei tinere a cărei prietenă a pierdut un copil și reacția exagerată continuă, legată de probleme prietenei sale, care ne-a condus la descoperirea avortului neplăns al ei cu câțiva ani înainte.

*Cheia 3.* Teme despre pierdere se obțin într-un interviu clinic. În orice consiliere sau terapie, este important să ascultăm teme, și când apare pierderea, posibilitatea durerii nerezolvate.

*Cheia 4.* Persoana, care a avut pierderea, nu e capabilă să mute posesii materiale aparținând decedatului. Cineva care păstrează mediul decedatului la fel ca atunci când persoana a murit poate adăposti durere nerezolvată.

*Cheia 5.* O examinare a rapoartelor medicale a persoanei arată că au dezvoltat simptome fizice similare aceluia ale decedatului. Adesea, aceste simptome fizice vor apărea anual, ori în jurul perioadei aniversării morții. Aceste simptome pot apărea când clientul ajunge la aceeași vârstă precum decedatul. Acest fenomen particular poate apărea când clientul ajunge la vârstă când părintele de același sex a murit. Un tânăr a început o aventură în perioada aniversării morții mamei sale. În terapia de grup el s-a confesat, pentru a simți simptome cardiovasculare. Mai târziu am descoperit că simptomele au fost similare cu cele ale mamei sale înainte de moarte.

Doctorii care au văzut pacienți prezentând vagi plângeri somatice, au crescut susceptibilitatea la boli, sau boli clinice; ei au vrut să considere posibilitatea problemelor legate de durere. O simplă investigație în pierderi recente sau trecute, cum s-au simțit s-au ajustat conform pierderii, și dacă plâng sau simt nevoia să plângă în continuare, pot da doctorului indicii importante pentru deciderea cauzei problemei.

*Cheia 6.* Cei care fac schimbari radicale in stilul de viata, urmand o moarte sau care exclud din viata lor prieteni, membrii ai familiei, si/sau activitati asociate cu decedatul pot fi atribuite durerii nerezolvate.

*Cheia 7.* Un pacient prezinta o lunga istorie despre depresie subclinica, de multe ori aratate de vina persistenta si siguranta a sinelui foarte scazuta. La fel, partea opusa poate fi un indiciu. Persoana care traieste o falsa euforie dupa moarte poate trece prin vina nerezolvata.

*Cheia 8.* O compulsie de a imita o persoana moarta, in mod particular daca clientul nu are vreo dorinta constienta nici competenta pentru acelasi comportament, vine din nevoia sa compenseze pierderea identificandu-se cu decedatul. Acest lucru poate include luarea caracteristicilor personalitatii decedatului care a fost rejectata de catre supravietuitor. Prin imitaite, supravietuitorul poate incerca sa repare rejectia si sa castige restituirea.

*Cheia 9.* Chiar daca impulsurile auto-distructive pot fi stimulate de un numar de situatii, durerea nerezolvata poate fi una dintre ele si trebuie considerata.

*Cheia 10.* Tristetea de care nu se tine cont, aparuta la un anumit timp, fiecare an poate fi un indiciu depre durerea nerezolvata. Aceast sentiment poate aparea in timpul in care am fost alaturi de decedat: vacante sau aniversari.

*Cheia 11.* O fobie despre boala, sau despre moarte, este mult relatata spre boala specifica care l-a rapit pe decedat. De ex, daca moartea a fost din cauza cancerului, persoana poate dezvolta fobia cancerului, sau daca persoana a murit de o boala de inima, clientul poate avea o anormala frica de o boala de inima.

*Cheia 12.* O cunostinta despre circumstantele din preajma mortii pot ajuta terapeutul sa determine posibilitatea durerii nerezolvate. Daca clientii au suferit pierderi semnificative, intotdeauna intrebati-i cum s-au simtit in perioada pierderii. Daca au evitat sa viziteze cimitirul sau sa participe la ritualuri specifice mortii, pot avea probleme despre durerea nerezolvata. De asemenea, poate fi adevarat daca nu au avut familie sau alt sprijin social in timpul acestei perioade.

Cu o intelegere despre indiciile diagnosticului despre durerea nerezolvata, putem trece spre terapia in sine. Dar un avertisment e important :

« ... deciziile de diagnostic trebuie sa fie conservative in circumstantele doliului pentru a evita interferentele intr-un proces uman normal si complicatiile iatrogenice cu introducerea asociata ale interventiilor profesionale si efectelor acompaniante «.

In capitolul 5 vom vedea tehnici specifice pe care terapeutul le poate folosi pentru a ajuta oamenii cu durerii complicate si pentru a rezolva durerea si a trece printr-o completare ale celor patru nevoi ale plangerii.

## CAPITOLUL 5

### **Terapia durerii : Rezolvarea durerii patologice**

Obiectivul terapiei durerii este oarecum diferit de obiectivul consilierii durerii. Obiectivul in consilierea durerii este sa faciliteze nevoile de deplangere in privinta mortii recente si pentru doliu. In terapia durerii obiectivul este sa identifice si sa rezolve conflictele separarii care preced completarea taskurilor de plangere la persoanele a caror dureri este absenta, intarziata, exprimata sau prelungita.

Terapia durerii este cea mai apropiata in situatiile din aceste trei categorii : (1) complicata reactie la durere este manifestata drept durere prelungita ; (2) reactia la durere se manifesta prin simptome mascate somatice ; (3) reactia este manifestata de un raspuns al durerii exagerate. Sa le analizam in parte.

*Durerea prelungita.* Persoane care au experimentat aceasta dificultate sunt constiente ca nu ajung la o rezolvare adecvata a durerii, pentru ca pierderea a avut loc acum multe luni, ani inainte. De multe ori cauza din spatele acestui tip de raspuns complicat la durere este un conflict de separare ducand la o ne completare a unuia din efectele doliului. Pentru ca acesti oameni sunt constienti ca au o problema , se refera in general la propria persoana. Mare parte din terapie presupune care dintre taskurile durerii nu s-au completat inca, si care sunt impediamentele pentru aceasta completare, apoi miscandu-se in directia acestei cauze.

*Simptome mascate Somatice si Comportamentale.* Aici pacientii nu sunt constienti ca durerea nerezolvata este motivul din spatele simptomelor sale. Oricum , un diagnostic de la periferie, cum ar fi cel descris in capitolul 4, arata ca durerea nerezolvata a unei pierderi anterioare este cauza. Oamenii de obicei simt acest tip de durere complicata deoarece, la timpul pierderii, durerea a fost absenta sau expresia ei a fost inhibata. In consecinta, durerea lor nu a fost completata niciodata si aceasta cauzeaza complicatii care au aparut mai tarziu sau simptome de comportament.

*Durere Exagerata.* O definitie precisa a exagerarii este grea deoarece exista marea varietate de manifestari pe care le poate lua durerea normala, dar persoanele care au cazut in aceasta categorie sunt cele cu depresie excesiva, anxietate excesiva, sau alte forme asociate de obicei cu durerea normala manifestata intr-un mod exagerat pentru ca persoana este disfunctionala si se poate da un diagnostic al dezechilibrului psihiatric.

### **Scopul terapiei durerii**

Tinta terapiei durerii este sa rezolve conflictele separarii si sa faciliteze completarea taskurilor durerii. Rezolvarea acestor conflicte necesita exprimarea gandurilor si sentimentelor pe care pacientul le-a evitat. Terapeutul ofera suportul social necesar pentru toata durerea si ofera pacientului permisiunea de a se plange, permisiune care pacientul, in mediul sau social, nu i s-a oferit.



Asemenea suport implica o o alianta terapeutica adecvata. Un mod pentru a mari aceasta alianta este sa recunoasca dificultatea unor oameni pentru a experimenta cand s-au intors in trecut, sau sa deschida cazul din nou. Cu cat mai mare a fost conflictul intern, cu atat mai multa rezistenta ne vom intalni legat de exploatarea gandurilor si sentimentelor inaintea durerii. La fel ca in oricare alta psihoterapie, rezistenta este in mod constatnt monitorizata si lucrandu-se cu ea drept o parte din procesul de terapie.

Terapia durerii este in mod uzual condusa intr-un birou si cu o discutie unu la unu. Aceasta nu inseamna, ca nu pot fi facute alte setari cum ar fi terapia de grup, in mod particular daca un caz nerezolvat de durere apare in timp ce persoana participa la un curs de terapie de grup.

Primul pas inseamna sa semnezi contractul cu pacientul. In mod uzual terapia durerii este setata pe baza unui timp limitat ; asta inseamna ca terapeutul va avea 8 – 10 intalniri cu pacientul in timpul carora vor explora pierderea si relationarea cu durerea si stresul actual. In experienta mea, o persoana prezentata cu un raspuns nerezolvat la durere, fara complicatii neuzuale, pot avea ca efect o rezolvare a problemei in aceste sedinte. Pacientii sunt vazuti in mod normal odata pe saptamana, dar vizite mai frecvente sunt uneori mai eficiente :

« ... clientii pot fi vazuti de 2 sau 3 ori pe saptamana, frecvent incat sa asigure facilitaera continua emotionala dar cu pauze suficient de lungi pentru a permite trecerea in revista a sedintelor. O sedinta pe saptamana ... ofera mai mult pericol ca procesul de catharsis emotional sa fie rupt ... »

Ocazional in timpul unei sedinte de terapia durerii, mai multa patologie poate aparea care este de o asemenea natura substantiala ca poate oferi o perioada prelungita de tratament non-durere pentru acelasi pacient. « Cu oameni care au personalitati dependente neurotic, interventia psihoterapeutica experta este necesara pentru a trata reactia legitima de durere, la fel si problemele de personalitate. » terapeutul poate, de asemenea, sa intalneasca durere

nerezolvata in timp ce face o secventa de rutina a psihoterapiei, si in acest caz, terapia durerii poate avea loc in contextul terapiei mai lungi.

Este important sa ne aducem aminte ca in acest tip de tratament, ca si in oricare tratament de scurta durata, terapeutul trebuie sa stie ca sesiunile trebuie tinute cat mai bine. Un mod in care pacientul poate exprima rezistenta este daca nu este tinut focalizat si se duce pe alte probleme care-l pot distra si nu sunt legate de durere. In aceste cazuri, terapeutul trebuie sa aminteasca pacientului problema curenta si sa exploreze rezistenta si ce se evita.

### **Proceduri pentru Terapia Durerii**

Nu se poate face terapie buna doar prin numere. Oricum listarea acestor proceduri terapeutice se va face aplicandu-le in cadrul procedurilor fiecarui terapeut si nivelului sau de competenta profesionala.

1. *A vedea daca nu este o boala fizica.* Daca pacientul se prezinta cu un simptom fizic, este important sa vedem daca nu exista o boala. Chiar daca cateva simptome apar drept echivalenti ai bolii, nu este valabil pentru toate simptomele si nu trebuie intrat intr-o terapie a durerii in care un simptom fizic este reprezentarea majora doar daca exista siguranta ca nu este o boala fizica la mijloc. Acest lucru este de asemenea important in consilierea durerii daca persoana manifesta dureri fizice.
2. *Setarea Contractului si Stabilirea Aliantei.* Aici pacientul este de acord sa reexploreze relatiile sale cu persoana pierduta. Credintele pacientului ca acest lucru este benefic va fi sprijinit de catre terapeut. Focalizarea este specifica :

“Relatiile anterioare sunt explorate doar daca ele afecteaza in mod direct raspunsul la doliul imediat. Temporar terapeutul devine substituentul pentru persoana pierduta, fie parinte, copil, sotie, iubit si vrea sa ofere speranta si confort. Terapeutul trebuie sa ramana constient de

sentimentele indoliatului de vina si distructivitate si trebuie sa-l lase sa vada ca constientizarea nu micsoreaza compasiunea si grija pentru el «

3. *Reinnoirea memoriilor despre decedat.* Vorbiti despre persoana care a decedat—cine a fost, cum a fost, ce-si aminteste clientul despre el, ce au facut impreuna, etc. Este foarte important sa incepeti sa faceti baza pentru memorii pozitive care vor ajuta pacientul mai tarziu daca el/ea va rezista experimentarii catorva sentimente cu conotatii negative. Acest lucru va oferi un balans si va oferi pacientului posibilitatea sa vada si partile negative. Deci un timp considerabil este folosit in sedintele timpurii vorbind despre decedat, in particular despre caracteristicile pozitive, calitatile, si activitatile placute. Treptat vorbiti despre memorii diferite. Si in final, conduceti persoana intr-o discutie despre memoriile pline de durere, furie, si dezamagire. Daca pacientul vine la terapie constient doar de aceste sentimente negative, procesul e schimbat la 180grade si memoriile pozitive si efectele trebuie retraite, chiar daca sunt putine.

Daca sunt mai multe pierderi trebuie sa le luati separat. In general, este mai bine sa explorati pierderea cu factorii cei mai putini complicanti. O femeie in jur de 30 ani a pierdut doi frati din cauza suicidului si a venit la terapie. Explorand aceste pierderi, a devenit clar ca primul frate care s-a sinucis a fost cel cu care a avut cele mai multe conflicte nerezolvate si cel mai mare atasament. Chiar daca am trecut prin fiecare pierdere, ea a raportat ca cel mai mare sentiment de calm l-a avut cand a trecut cu calm peste prima pierdere.

4. *Evaluarea Caror taskuri ale Durerii Nu Au Fost Completate.* Daca necompletarea este la inceputul taskului 1, si pacientul isi spune : « Nu te vreau mort. » sau « Nu esti mort doar plecat. » terapia se focalizeaza pe faptul ca persoana este moarta si ca supravietuitorul trebuie sa accepte si sa mearga mai departe. Dificultatea este in taskul 2 unde pacientul accepta realitatea fara afect, atunci terapia se focalizeaza pe faptul ca

este mai sigur sa simti atat emotii pozitive si negative tinand cont de decedat, si ca poti fi in echilibru cu aceste sentimente. Una din cele mai importante interventii pentru taskul 2 este redefinirea relationarii pacientului cu decedatul. Daca dificultatea este in taskul 3, atunci rezolvarea problemei este o parte majora a terapiei durerii—pacientul este invatat sa treaca peste senzatia de neajutorare incercand noi skiluri, dezvoltand noi roluri si in general, este incurajat sa se intoarca la viata proprie. Acest lucru este adevarat mai ales in cazul lui Margaret, o tanara vaduva, care inainte de moartea sotului sau, ii placea sa se duca in cluburi unde oamenii stateau in jurul unui pian si cantau. Ea si sotul sau faceau acest lucru impreuna, dar la trei ani dupa moartea sa ea nu se mai duca acolo deloc, nu fiindca nu vrea sa i se aminteasca de el, ci fiindca simte ca nu mai are skilurile sociale de a se duce acolo singura. Parte din terapie a insemnat ajutare ei sa reinvete aceste aptitudini, si tin minte cat de incantata a fost in ziua cand a venit si a zis ca dupa cateva incercari esuate s-a dus la club singura. In final, daca taskul incomplet este task 4, atunci terapeutul ajuta pacientul sa fie emancipat de un atasament de neajutorare legat de decedat si asa sa fie liber sa cultive noi relatii si sa mearga mai departe cu viata sa. Aceasta inseamna oferirea pacientului permisiunea sa se opreasca din doliu, oferindu-i-se noi relatii, si ajutandu-l sa exploreze dificultatile tinand de spunerea in final : « adio »

5. *Constientizarea afectului sau lipsei de afect stimulat de memorii.* De multe ori, cand un pacient face terapia durerii si incepe sa vorbeasca despre persoana care a murit, descrierea decedatului vine la un moment foarte important, si este important pentru terapeut sa ofere pacientului posibilitatea sa descrie decedatul in acest mod cat mai la inceput in terapie. Cand apare acest tip de descriere, este considerabil ca fiind manie neexprimata in spate, si aceasta manie poate si folosita gradual explorand sentimentele ambivalente despre decedat si, in final ajutand pacientul sa fie in acord cu sentimentele sale de rautate. Odata ce

sentimentele de rautate si furie sunt identificate, pacientul necesita sa fie ajutat sa vada ca acestea nu ascund pe cele pozitive si sunt prezente pentru ca a existat dragoste pentru decedat.

Femeia mentionata mai devreme, al carei fiu a fost omorat intr-o coliziune aviatica, si-a descris fiul in acest mod fastuos—a fost un cadet de top in armata, si-a luat diploma de la cea mai buna facultate, a fost cel mai bun fiu care a putut exista. In timpul terapiei, a inceput sa intre in legatura cu faptul ca a avut cateva sentimente ambivalente in legatura cu fiul sau. In final, a putut sa primeasca in constiinta sa, si sa imi vorbeasca despre faptul ca inainte de a muri, el a facut ceva care a nemul Dumit-o foarte mult si dupa disparitia sa aceasta furie a disparut. A fost foarte important pentru ea, ca parte a terapiei, sa simta din nou aceasta furie si sa vada ca sentimentele de furie nu le-au exclus pe cele pozitive, si vice versa, si sa fie in stare sa le exprime vizavi de fiul sau.

Intr-o situatie similara este Laura, o femeie in varsta de 27 ani, care a venit la terapie. In timpul terapiei a iesit la iveala faptul ca existau cateva probleme nerezolvate in privinta tatalui sau. El murise cand ea avea 12 ani, dupa cum i-l decia ea, devenise foarte important, cel mai bun tata care a putut exista. Era important pentru ea sa tina aceste sentimente pozitive pentru ca sub acestea exista multa furie de care nu era constienta. In timpul terapiei ea a revenit la casa parinteasca pentru a revizita locul unde au trait . Apoi intr-o zi in timpul unei sesiuni, care s-a intamplat sa coincida cu aniversarea tatalui sau, furia a erupt. Ea a spus ca i-a stricat viata murind, ea trebuind sa se mute de acasa intr-un loc mai neplacut unde a avut aceeasi camera cu fratele sau. Furia sa a fost reprimata si nu a fost constienta de ea, dar a fost stimulul care statea in spatele comportamentului aberant care a adus-o la terapie. Din nou, a fost important sa o lasati cu un balans intre pozitiv si negativ.

Alt efect care poate aparea frecvent cand este stimulata memoria este vina. (tineti minte ca vorbim de memorii despre cineva care a murit acum cativa ani inainte; aceasta este terapia durerii, nu consilierea durerii). In timp

ce pacientul incepe sa vorbeasca despre decedat, el devine constient despre o parte din vina asociata cu relatia antecedenta. Iarasi, odata ce vina este indentificata, este important sa ajutati persoana sa vada realitatea. Ca in cazul durerii acute, multa vina este irationala si nu tine la testul realitatii.

O parte din vina e reala. Karen, o mama tanara al carei fiu de 6 ani a murit dupa o lunga si complicata boala, s-a simtit foarte vinovata ca nu a stat intre el si doctorii in timpul spitalizarii finale. A purtat aceasta vina cu ea timp de aproape 7 ani. Parte din tratament era testarea acestei vine, pe care ea o considera reala. A fost capabila, prin psihodrama, sa caute iertarea fiului sau, si sa o inteleaga prin limitarile sale. Este important cand avem de-a face cu vina reala sa includem cautarea si oferirea iertarii intre decedat si pacient. Facilitand acest lucru, cateva tehnici de a juca un rol si tehinici de imagistica pot fi folositoare.

6. *Explorarea si Dezamorsarea Obiectelor de Legatura.* In terapia durerii, puteti intalni cazuri in care obiectele de legatura joaca un rol in nerezolvarea doliului. Aceste sunt obiecte simbolice pe care supravietuitorul le poate mentine extern. Acest concept a fost dezvoltat de Vamik Volkan, un psihiatru la Universitatea din Viginia Centru Medical, care a scris mult despre durerea patologica.

Este important sa stiti si sa intelegeti conceptul din spatele acestui fenomen pentru ca aceste obiecte pot oferi completarea satisfacatoare ale procesului de doliu. Dupa moarte, cel indoliat poate investi intr-un obiect fara suflet si stabileste o legatura intre el insusi si persoana decedata. Majoritatea indoliatilor sunt constienti ca au investit obiectului symbolism si multi sunt constienti de aspecte ale symbolismului fara sa inteleaga cu adevarat ceea ce inseamna. In general, obiectele de legatura sunt alese una din patru reale : (1) apartinand decedatului, cum ar fi haine sau o bijuterie ; (2) ceva cu ce persoana decedata si-a extins simturile, cum ar fi o camera, care inseamna o extensie vizuala; (3) o reprezentare a decedatului, cum ar fi o fotografie ; (4)

ceva ce a fost in apropiere cand vestea despre moarte a fost primita, sau cand indoliatul a vazut cadavrul.

Drept exemplu, Donn, o tanara, a fost langa patul mamei sale in timp ce murea de cancer. Cand era clar ca moartea era aproape, ea a inceput in mod compulsiv sa cotoaie prin cutia cu bijuterii a mamei sale, alegand piesele pe care le vroia ca memorii. Dupa moartea mamei, Donna purta bijuteriile in mod regulat, si se simtea cumva neconfortabil cand nu le purta. Mai apoi, cand doliul a avansat, nu a mai simtit nevoia sa poarte bijuteriile mamei. Volkan crede ca aceste tipuri de obiecte de legatura sunt folosite pentru a tine sub control anxietatea separarii si ca ele ofera « un Token de triumf » legat de pierdere. El crede ca obiectele de legatura ofera cai psihice intunecate intre pacient si cel decedat, ca si cum reprezentarile celor doua persoane sau parti din ele se impreuneaza prin aceasta folosinta.

Este important pentru persoana care are aceste obiecte de legatura sa stie unde sunt in fiecare moment. Un pacient a tinut un mic animal umplut cu el tot timpul. El si sotia sa decedata a dat un nume acestui animal si l-a purtat cu el in buzunar, mai ales cand pleca in deplasari. Odata, pe cand zbura intr-o calatorie de afaceri, a descoperit ca animalul disparuse. L-a cuprins panica si in disperare a tras scaunul pentru a gasi animalul disparut. Nu l-a mai gasit si anxietatea a fost punctul focalizant al multor sedinte de terapie dupa acest incident. Volkan crede ca nevoia de un astfel de obiect vine din dorinta contrastanta de a anihila imaginea decedatului si in acelasi timp de a-l tine in viata. Ambele aceste dorinte sunt condensate in acest obiect de legatura.

Obiectele de legatura sunt similare obiectelor tranzitionale cum ar fi copii care tin diverse lucruri pe masura ce cresc. Pe masura ce cresc, ei pot tine o paturica, un animal impaiat, or alt obiect care ii face sa se simta siguri in timpul tranzitiei dintre securitatea mediului familial si propira nevoie de a creste si a se detasa si a deveni propria persoana. In majoritatea cazurilor obiectele tranzitionale sunt aruncate pe masura ce copii cresc. Chiar daca, cand este nevoie de ele si nu sunt de gasit, poate cauza o mare anxietate.

O pacienta a aruncat toate hainele sotului mai putin doua sau trei lucruri pe care i le-a daruit. Acestea reprezinta timpuri fericite pe care le-au impartasit. Tinandu-le ea s-a ferit de a fi tot timpul in contact cu sentimentele negative despre multe dintre momentele negative pe care le-au avut impreuna. In terapie ea a dezvoltat acea cunostinta ca aceasta era functiunea acestor obiecte de legatura.

Obiectele de legatura sunt diferite de amintiri. Majoritatea oamenilor tin anumite lucruri ca o amintire cand moare cineva. Obiectele de legatura, sunt investite cu mai multa importanta si cauzeaza multa neplacere cand sunt pierdute. Volkan vorbeste despre un caz in care o persoana tinand acest obiect de legatura a fost victima unui accident de masina. A facut o tentativa disperata de a se intoarce si a scos acest obiect din masina avariata.

Este important sa intrebati pacientii despre ce lucruri au pastrat dupa moarte si, daca determinati ca folosesc ceva similar cu un obiect de legatura trebuie discutat in terapie. Precum Volkan, eu incurajez oamenii sa aduca aceste obiecte la sedinte. Facand acest lucru poate fi foarte ajutor in aratarea principalelor conflicte ce le cauzeaza oamenilor sa ramana in procesul de indurerare. Este interesant sa vedeti ce se intampla cand oamenii trec peste cursul de terapie a durerii. Fara sugestii externe ei ofera sau pun deoparte aceste obiecte in care au investit multa seninatate. Un pacient nu a plecat de acasa fara sa scrie scrisorile pe care le-a primit de la sotul sau cat timp traia. In timp ce terapia progresa, a lasat scrisorile acasa prin propria initiativa.

Supravietuitorii tin haine ale decedatului purtate in timpul decesului este alt tip de obiect tranzitional pe care il vad cateodata. Este mai ales adevarat in cazul mortilor cauzate de accidente. O femeie al carei sot a murit foarte repede a tinut sa tina jacheta pe care o purta ; ea a tinut-o pana a putut sa treaca peste durere. Alt pacient si sotul ei a cumparat o mica jucarie si i-au dat un nume. Din moment ce nu aveau copii, jucaria a devenit un fel de mascota a lor. Dupa ce sotul s-a sinucis, ea a gasit ca este important sa doarma cu aceasta jucarie sub perna si a fost foarte anxioasa cand nu o



avea. Dupa terapii, a putut sa puna animalul intr-un sertar. L-a pastrat tinand cont de amintirile pe care le avea, dar nu a mai simtit nevoia sa il aiba ca o sursa de confort. Din nou, aici a fost o persoana care avea o relatie ambivalenta cu sotul ei si era o parte importanta din terapie tinea de focalizarea pe aceasta ambivalenta si nevoia ei de a intelege mai bine si de a trece peste.

*7. Acceptarea Finalitatii Pierderii.* Chiar daca majoritatea oamenilor trec peste acest lucru in primele luni ale anului dupa o pierdere, mai sunt cei care mentin lungi perioade aceasta senzatie—caci cumva acea persoana se va intoarce intr-o forma sau alta. Volkan crede ce este o speranta cronica pentru o reuniune. Din nou este important sa ajutam acesti pacienti sa evalueze faptul ca nu pot trece peste finalitatea pierderii. Carol a fost o tanara femeie care vine dintr-o familie puritana, restrictiva, si chiar daca era un tanar adult cand tatal sau a murit, ea nu-si permitea, nici dupa 5 ani, sa accepte pierderea. Daca face acest lucru inseamna ca trebuia sa faca propriile alegeri si sa-si inteleaga propriile nevoi si impulsuri, ceea ce o inspaimanta. Evita alegerile personale mentinand, la un nivel al constiintei, fantezia ca tatal sau nu murise si cumva inca era acolo, tinand fraiele si oferind constrangeri exterioare comportamentului sau.

*8. Luati in considerare Fantezia Sfarsitului Durerii.* O procedura folositoare in terapia durerii este ca pacientii sa exploreze fanteziile lor despre cum ar trebui sa fie sa termine durerea sau cum va fi de acum incolo. Ce ar pierde daca ar renunta la durere ? Chiar daca este o procedura simpla, ofera de multe ori rezultate imbucuratoare.

*9. Ajutati Pacientul sa Spuna Larevedere.* Spunerea de adio unei persoane iubite poate fi confuza. Oamenii pot intelege ca spunerea adio inseamna sa uite ca acea persoana a existat, dar nu e chiar asa. Mai inainte am discutat despre task 4, am comentat despre repositionarea decedatului in viata unuia

pentru ca supravietuitorul sa isi traiasca viata in continuare. Vad spunerea adio ca si cum ti-ai lua la revedere dorintei ca decedatul sa fie in viata, sa fie aici cu mine, si la revedere fanteziei ca-l pot revedea. Acest proces de adio plaseaza decedatul intr-un cadru mai putin central in viata supravietuitorului pentru ca acesta sa continue viata. Si, ca si cu fiecare din acete taskuri, multi nu reusesc acest lucru.

Spunerea adio poate fi facuta in mod gradual in timpul cursului terapiei. La fiecare sesiune pacientul este incurajat sa spuna un temporar adio—adio pentru moment—decedatului, care eventual ajunge la punctul de a spune la revedere definitiv cand terapia ajunge la final. Se ajunge la ceva de genul urmator : « trebuie sa spun adio », « imi cauzezi pre multa durere si trebuie sa ma detasez ». Dupa ce un pacient a fost capabil sa spuna la revedere, este de multe ori un mare simtamant de relaxare care este mai vizibil cand pacientul este revazut la o sedinta ulterioara. Este important pentru ca terapeutul sa lase pacientul sa ia avantajul in acest proces intrebando daca este capabil sa spuna adio. Cand treaba neeterminata este terminata pacientul va sti cand este gata. Acest lucru este de multe ori trecut cu privirea multi care fac terapie de genul asta.

### **Consideratii speciale despre terapia durerii**

Sunt cateva comsideratii speciale de care trebuie sa tinem cont cand facem terapia dureii. Prima este importanta comentarii muncii de durere pentru ca pacientul sa nu fie mai rau decat atunci cand a venit la terapie. Daca problema legata de durerea nerezolvata a fost furia neexprimata, este important ca odata ce furia a fost identificata si simtita, pacientul sa fie ajutat sa vada ca sentimentele de suparare sa nu predomine sentimentele pozitive sau vice versa. Daca terapeutul doar invoca durerea fara sa se ocupe de rezolvarea lor, pacientul poate fi mai rau ca la inceput.

In al doilea rand, este problema sentimentelor coplesitoare. Parkes vorbeste despre faptul ca terapia durerii poate lasa materia afectiv care este

surasolicitant pentru pacient. In experienta mea clinica, acest lucru s-a intamplat mai rar. Chiar daca pacientii au simtit tristete adanca si furie in timpul terapiei, este rau ca un pacient sa nu gaseasca granitele necesare pentru aceste sentimente si sa le tina in el fara un set de limitari acceptabile. Chiar daca aceasta dimensiune necesita monitorizare. Legat de aceasta abilitate terapeutul trebuie sa tolereze sentimente intense care pot aparea cand se face terapia durerii. Aceasta abilitatea este esentiala pentru terapie eficienta.

O a treia considerare este sa ajuti pacientul sa treaca peste nesiguranta care este de multe ori simtita cand se face terapia durerii. Daca pacientii au simtit o pierdere acum cativa ani dar nu au plans in mod adecvat aceasta pierdere, si prin terapie incep sa simte efectele normale ale pierderii pe care nu le-au simtit pana acum, vor simti o tristete intensa si foarte proaspata. Acest lucru poate fi foarte ciudat in situatii sociale. Un astfel de pacient a fost o tanara femeie, un instructor la o universitate locala. Chiar daca tatal sau a fost mort de opt ani, nu l-a plans suficient, si in cursul terapiei durerii a inceput sa simta cu toata intensitatea. In timp ce incerca sa-si faca treaba la universitate, oamenii veneau la ea si spuneau, « ce ai patit ? esti asa de trista. Arati ca si cum cineva ar fi murit. » Se simtea ciudat spunandu-le ca da, tatal sau a murit, dar ca s-a intamplat cu multi ani inainte. E de ajutor sa le oferi pacientilor un avertisment ca ei au experimentat aceste intalniri sociale si ca vor fi capabili sa traiasca printre ele. Cateodata cu permisiunea pacientilor, am informat membrii familiilor cu care pacientul traieste ca terapia durerii se face si pacientii au simtit tristete proaspata. In acest fel familia este alertata la posibile schimbari de comportament si neintelegerile sunt evitate.

### **Tehnici si programarea lor in timp**

O tehnica care a fost de mult ajutor in terapia durerii a fost tehnica terapiei gestalt a « scaunului gol ». Decat sa am pacientii care sa vorbeasca cu mine despre decedat, am simtit ca este important ca ei sa vorbeasca direct cu decedatul la timpul prezent. Am pus un scaun gol in birou si am rugat pacientul sa-si imagineze ca decedatul este in acel scaun. Apoi pacientul va vorbi direct cu decedatul despre gandurile si sentimentele legate de moartea si relatiile lor. Nu am avut un pacient care sa refuze sa faca acest lucru cand a fost explicat in mod adecvat.. chiar cei mai ezitanti au acceptat. Este o tehnica foarte puternica si ca si cu alte tehnici psihoterapeutice nu trebuie folosita decat daca este facut o antrenare adecvata. O astfel de tehnica este contraindicata cu pacienti schizofrenici sau la limita nebunie.

O tehnica similara de F. T. Megles si D. R. DeMaso presupune a avea pacientii sa stea in scaune , sa inchida ochii, si sa-si imagineze ca vorbesc cu decedatul. Este o tehnica acceptabila legata de tehnica scaunului gol, dar ceea ce face tehnica importanta este nu ca ochii persoanei sunt inchisi sau deschisi ci ca se pot adresa decedatului la prezent. Explicam aceasta tehnica unui coleg care este un cercetator proeminent instruit in psihiatrie psihoanalitica. Eram curios cum va raspunde cand i-am explicat aceste proceduri orientate spre gestalt, dar a ras si mi-a spus o experienta personala cu mine. Mi-a spus ca tatal sau a murit acum 2 ani si din timp in timp isi imagineaza ca este langa tatal sau si discuta amandoi.

Alta tehnica presupune folisirea psihodramei jocului de roluri. La o ocazie am rugat pacientii sa joace atat pe ei insusi si rolul decedatului, vorbind pana cand conflictul este rezolvat. Folosind poze cu decedatul poate de multe ori facilita scopul terapiei. Pacientul va aduce acestei sesiuni o fotografie favorita, care va fi folosita pentru a simula memoriile si afectiunile si din cand in cand folosita drept focusul pentru discutie cu decedatul la timpul prezent.

Ca si cu o alta tehnica, timingul este esential ! Este crucial ca terapeutul sa stie cand sa intervina. Afectul incurajat pentru un pacient nu va fi bine asteptat. Interpretari prost calculate vor fi daramate. A invata oamenii sa-si calculeze interventii psihoterapeutice este dificila. Tot ce pot face este sa reiterez

ca timpul este extrem de important din cauza naturii nesibile a materialului si naturii limitate de timp a contractului.

### **Evaluarea Rezultatelor**

Sunt de obicei trei tipuri de schimbari care ajuta sa evaluezi rezultatele terapiei durerii. Sunt schimbari in : (1) experiente subiective, (2) comportament, si (3) usurarea simptomelor.

#### **Experiente Subiective**

Oameni care termina un curs de terapia durerii raporteaza in mod subiectiv ca se simt diferiti. Ei vorbesc despre sentimente crescute ale propriului ego si mai putina vina. Fac comentarii ca : « Durerea, care ma cuprindea pana acum, a trecut. », »ma simt ca si cum timpul care a trecut chiar a ingropat-o pe mama » sau « Pot vorbi despre tatal meu ara sa ma simt inchis cu ochii »

Alta experienta subiectiva pe care pacientii o raporteaza este o crestere in sentimentele pozitive despre decedat. Pot gandi despre decedat sau sa faca o paralela intre sentimentele pozitive si experientele pozitive. O femeie care avea mari dificultati in plangerea mamei sale a spus la sfarsitul tratamentului. « acum doar mi-e dor de ea. Inainte era anxietate, cred ca mama va fi mandra cu progresul meu. Moartea ei mi-a arat o multime din sentimentele din copilarie de frustrare si neajutorare. Nu ma mai simt manioasa. Sunt cateva zile cand nici nu ma mai gandesc la ea si asta ma surprinde. »

#### **Schimbari Comportamentale**

Fara sugestii, multi pacienti simt schimbarile. Ei incep sa resocializeze, incep sa formeze noi relatii. Pacienti care au evitat activitati religioase incep sa se intoarca la ele. Oameni care evitau vizitarea cimitirului acum i-l viziteaza fara

a li se sugera acest lucru. O femeie, care nu a schimbat camera copilului ei mort, a venit la ultima sesiune de terapie si a spus : « Am de gand sa dezafectez camera copilui meu mort si sa stochez lucrurile lui in pivnita. Nu cred ca acest lucru va dezonora memoria lui. » nu am sugerat niciodata acest lucru, dar aceste tipuri de schimbari comportamentale sunt fost posibile la cineva care a trecut printr-o secventa de terapie spre calea cea buna. O vaduva a venit din proprie initiativa si si-a scos verighetetele spunand : « Nu mai sunt o femeie maritata. »

### Usurarea Simptomelor

Sunt de asemenea semne masurabile ale usurarii simptomelor cand cinva a completat secventa de terepie a durerii. Pacientii raporteaza mai putine dureri si simptome care i-au adus initial la terapie. Un pacient avea simptome de a ramane fara aer, care-i dadeau batai de cap. S-a dovedi a fi similare cu cele ale tatalui sau in timpul ultimelor zile in care a trait. Aceste simptome au disparut in mod natural dupa ce a terminat terapia durerii si si-a rezolvat problemele neterminate cu tatal sau mort.

Ceea ce vreau sa spun aici este ca terapia durerii functioneaza. Spre deosebire de alte psihoterapii, in care poti sau nu sa fii sigur de eficacitatea tratamentului, terapia durerii poate fi foarte eficienta. Experientele subiective si schimbarile comportamentale observabile ofera credinta in valorile unei asemenea interventii terapeutice.

## Capitolul 6

---

### **Doliul pentru Tipuri Speciale de Pierderi**

Există moduri și circumstanțe deosebite de moarte care presupun modificări adiționale de înțelegere și intervenție, ce depășesc procedurile

discutate în capitolele anterioare. Pierderile din suicid, moarte subită, moarte infantilă subită, sarcini nereușite și copii născuți morți, avort, moarte anticipată și SIDA, toate pot crea probleme deosebite pentru supraviețuitori. Consilierul ar trebui să fie atent de caracteristicile speciale și problemele inerente în aceste situații și ce sugerează ele în raport cu intervenția de consiliere.

## **Suicidul**

Aproape 750.000 de oameni sunt lăsați în doliu în urma suicidului unui membru al familiei sau a unei persoane iubite, și nu sunt lăsați doar cu un sentiment de pierdere, ci și cu o moștenire de rușine, frică, respingere, furie și vină. Edwin Shneidman, considerat tatăl mișcării de prevenire a suicidului în SUA, a spus:

Cred că persoana care comite suicidul pune secretele psihologice personale în cărca supraviețuitorului – supune supraviețuitorul să se confrunte cu multe sentimente negative și, mai mult, să fie obsedat de gânduri privind rolul lui real sau posibil în precipitarea actului suicidal sau în eșecul de a-l stopa. Poate fi o încărcătură grea. [Cain, 1972, p. X]

Richard McGee, directorul unui mare centru de prevenire a suicidului din Florida, crede că „... suicidul este cea mai mare criză de pierdere pentru orice familie în a-i face față și a o depăși într-o manieră eficientă” (Cain, 1972, p. 11). Propria mea experiență clinică cu persoanele rămase în urma suicidului confirmă aceste observații. Persoana care face consiliere de doliu trebuie să recunoască în ce moduri această experiență este unică, pentru a croi intervenția în vederea unei eficiențe maxime.

Dintre toate sentimentele specifice pe care le experimentează cei ce rămân în urma suicidului, unul din cele dominante este *rușinea*. În societatea noastră există un stigmatism asociat cu suicidul. Cei ce rămân sunt cei ce trebuie să sufere rușinea după ce un membru al familiei își ia viața și sentimentul de rușine poate fi influențat de reacția celorlalți. „Nimeni nu va mai vorbi cu mine”, spunea o femeie al cărui fiu s-a sinucis. „Se prefac că nu s-a întâmplat nimic”. Această presiune emoțională adăugată nu afectează doar interacțiunile celor

rămași cu societatea, dar pot altera dramatical relațiile din interiorul familiei. Nu este ceva neobișnuit pentru membrii unei familii să ia în considerare cine știe și cine nu știe din famili informații legate de sinucidere și, aproape cu o înțelegere tacită, să-și adapteze comportamentul dintre ei bazându-se pe această cunoaștere.

Există, de asemenea, o stigmatizare și pentru victima unei încercări de suicid nereușite. O femei a sărit de pe un pod de 50 de metri și a supraviețuit, ceva foarte rar de la o asemenea înălțime. Dar după săritură a avut parte de o reacție atât de negativă din partea oamenilor din jurul ei și a fost atât de cuprinsă de rușine, încât a repetat tentativa. A sărit, din nou, de pe același pod și, de data aceasta, a murit.

*Vina* este un alt sentiment comun printre cei rămași în urmă. Adesea își asumă responsabilitatea pentru acțiunea celui decedat și au un sentiment care-i roade că era ceva ce-ar fi trebuit sau putut să facă astfel încât să prevină moartea. Acest sentiment de vină este dificil mai ales când suicidul s-a întâmplat în contextul unui conflict interpersonal între cel care se sinucide și cel ce rămâne în urmă.

Cum s-a precizat și anterior, sentimentele de vină sunt normale după orice tip de moarte, dar în cazul morții prin suicid pot fi serios exacerbate. Datorită intensității vinei, oamenii pot simți nevoia să fie pedepsiți și pot interacționa cu societatea într-un așa mod încât societatea să-i pedepsească. Copii care devin delincvenți sau care folosesc abuziv droguri sau alcool pot fi exemple de comportament auto-punitiv. Chiar dacă cei rămași în urmă au sau nu succes în nevoia lor de a fi pedepsiți, schimbările în tiparele lor comportamentale sunt semnificante și observabile.

Uneori cei rămași în urmă și care au nevoia de a fi pedepsiți pot merge până la extrem pentru a obține pedeapsa pe care ei cred că o merită. Am văzut o femeie în terapie care se pedepsea mâncând excesiv până a ajuns la peste 135 de kg. Dar, de parcă asta nu era suficient, trecea prin stadii în care lua un ciocan și-și rupea propriile oase. Cu timpul se vindecau și apoi și le zdrobea iar. Problema ei a aparut după sinuciderea fratelui ei mai tânăr. A simțit o



responsabilitate normală pentru asta, dar povara ei a crescut când bunicii i-au spus direct că ea era responsabilă pentru moartea lui. Era tânără și inabilitatea ei în a testa vina reală a dus-o la un comportament autodistructiv lung și bizar.

Vina poate fi, uneori, manifestată ca învinuire. Unii oameni își gestionează propriul lor sentiment de vină prin proiectarea lui pe alții și învinuindu-i pe ei pentru moarte. Găsirea cuiva de învinuit poate fi o încercare de a controla și a dobândi sens în dificultatea înțelegerii situației.

Oamenii care supraviețuiesc unei morți prin suicid, de obicei experimentează sentimente puternice de *furie*. Ei percep moartea ca pe o respingere; când întreabă „de ce, de ce, de ce?” ei vor să spună „De ce mi-a făcut asta?”. Intensitatea furiei îi face adesea să se simtă vinovați. O femeie de vârstă mijlocie al cărui soț s-a sinucis a mers prin casă pentru aproape șase luni strigând „La dracu, dacă nu te omorai tu, te omoram eu pentru ce mă pui să îndur”. Avea nevoie să-și elimineze furia din sistem și, în urma unei evaluări recente, pare că face foarte bine.

Corelată cu furia este o imagine de sine scăzută. Erich Lindemann a subliniat asta când a spus „Să fii privat de o moarte auto-impusă înseamnă să fii respins” (Lindemann & Greer, 1953). Cei rămași în urmă se gândesc adesea că cel decedat nu s-a gândit la ei destul sau nu s-ar fi sinucis. Aceasta „respingere” este o afirmație privind valoarea lor. În aceste cazuri consilierea poate fi foarte utilă.

*Frica* este un răspuns comun după suicid. Farberow și colegii au întâlnit niveluri mai înalte de anxietate printre cei rămași în urma suicidului decât în urma unor morți naturale (Farberow et al., 1987).

O frică primară comună printre cei rămași în urma suicidului este de propriile lor impulsuri auto-distructive. Mulți par să care cu ei un simț de destin sau osândă. Asta este mai ales pentru fiii victimelor de suicid:

În mod caracteristic găsesc că vieții îi lipsește ceva. Tind să fie mai dezrădăcinați decât ceilalți, chiar într-o societate notorie de dezrădăcinare. Sunt sensibil de necurioși privind trecutul, au o amorțeală privind certitudinea viitorului,

până la un nivel înfiorător – suspectează că și ei, probabil, se vor sinucide. [Cain, 1972, p. 7]

Am urmărit o serie de tineri bărbați ai căror tați s-au sinucis când acești fii erau în adolescența timpurie. Fiecare dintre acești tineri, acum având 20 și – 30 și de ani cred că sinuciderea este soarta lor. Nu este neobișnuit ca cei rămași în urma suicidului să dezvolte această preocupare pentru suicid. Dar, în timp ce unii se sperie pe ei înșiși cu asta, alții fac față prin a lucra ca voluntari pentru grupuri de prevenție a suicidului, cum sunt Samaritans.

În cazurile în care au fost câteva suiciduri în aceeași familie, poate exista anxietate privind transmiterea genetică a tendinței. O femeie tânără a venit pentru consiliere, anterior căsătoriei, din această frică. Doi frați s-au sinucis și se întreba dacă și copilul ei va avea această tendință sau dacă va avea eșec ca părinte așa cum simțea că și părinții ei au eșuat în legătură cu frații ei.

*Gândirea distorsionată* este o altă caracteristică printre cei ce rămân în urma suicidului. Foarte des, cei rămași în urmă, mai ales copiii, au nevoie să vadă comportamentul victimei nu ca pe un suicid, ci ca pe o moarte accidentală. Ceea ce se dezvoltă este un tip de „comunicare distorsionată” în familii. Familia crează un mit despre ce i s-a întâmplat cu adevărat victimei și, dacă cineva provoacă acest mit, numind moartea pe numele ei real, culege furia celorlalți, care au nevoie s-o vadă ca pe o moarte accidentală sau un alt tip de fenomen mai natural. Acest tip de gândire distorsionată poate fi utilă pe termen scurt, dar, cu siguranță, este contraproductivă pe termen lung.

Este important să reținem că victimele sinucigașe adesea vin din familii unde există probleme sociale dificile cum ar fi alcoolism sau abuz infantil. În acest context sentimente ambivalente pot exista deja între membrii familiei și suicidul servește exacerbarii acestor sentimente și probleme. Pentru a maximiza eficiența consilierii doliului, consilierul trebuie să ia în considerare dificultățile sociale și familiare ce pot exista corelate cu suicidul.

Consilierea celor rămași în urma suicidului

Când sunt consiliați cei rămași în urma suicidului, este important să ne amintim că morțile prin suicid sunt una dintre morțile despre care nu se vorbește, menționate anterior. Atât cei rămași cât și ceilalți sunt ezitanți să vorbească despre o asemenea moarte. Un consilier sau terapeut poate interveni și poate umple lacuna cauzată de această pierdere a comunicării cu ceilalți. Intervenția cu astfel de persoane poate include următoarele.

### Testarea reală a vinei și învinuirii

Această procedură, descrisă în Capitolul 3, poate lua mai mult timp în cazul celui rămas în urma unui suicid. Din nou, mare parte din vină poate fi nerealistă și va duce la testarea realității, dându-i persoanei un oarecare sentiment de ușurare. O femeie tânără care se simțea vinovată de moartea fratelui ei a fost ajutată când a citit o scrisoare pe care i-a trimis-o cu puțin timp înainte de sinucidere. Scrisoare se afla printre bunurile lui și a ajutat-o să vadă că *a ajuns* la el. Sunt unele circumstanțe, totuși, în care persoana chiar este culpabilă și consilierul este provocat să ajute această persoană în a face față cu aceste sentimente valide de vină. Când învinuirea este caracteristica predominantă, consilierul poate, de asemenea, să promoveze testarea realității. Dacă vina este o formă de a găsi un țap ispășitor, întâlnirile de familie pot fi foarte eficiente în a rezolva asta.

### Ajutorul în corectarea negării și distorsiunilor

Cei rămași au nevoie să se confrunte cu realitatea suicidului pentru a putea să treacă prin ea. Folosind cuvinte „dure” cu ei înșiși, cum ar fi „s-a omorât” sau „s-a spânzurat” poate facilita asta. Persoanele care sunt martore la suicid sunt, uneori, invadate de imagini intruzive ale acelei scene. Pentru persoanele care nu au fost de față, scenele imaginate pot, uneori, să fie mai rele decât realitatea. Explorarea imaginilor grafice poate fi dificil, dar discutarea lor

poate ajuta la testarea realității. Aceste imagini, de obicei, se voalează cu timpul, dar dacă nu, este nevoie de intervenție specializată.

O altă sarcină este de a ajuta la corectarea distorsiunilor și redefinirea imaginii decedatului, aducându-l mai aproape de realitate. Mulți din cei rămași tind să vadă victima fie bun în totalitate, fie rău în totalitate, o iluzie ce trebuie pusă în discuție. Am lucrat cu o femeie tânără al cărui tată s-a sinucis. În timpul terapiei a fost foarte important pentru ea să-și redefinească imaginea de la un „Supertată” la un „Supertată care suferea de depresie clinică profundă, nu a văzut nici o cale de ieșire și, în depresie, și-a luat propria viață”.

#### Explorarea fanteziilor de viitor

Explorarea fanteziilor pe care le au cei rămași în urmă privin cum moartea îi va afecta în viitor prin testarea realității. Dacă este o realitate implicată, explorarea căilor de a face față acelei realități.

#### Lucrul cu furia

Lucrul cu enervarea și furia pe care le poate implica o astfel de moarte permite exprimarea ei, în timp ce controlul personal este întărit privin trăirile pe care ce cel rămas le înfruntă. O femeie al cărei soț s-a sinucis a spus la finalul consilierii „Am trecut de partea grea. Este o ușurare să fiu nervoasă și tu mi-ai dat permisiunea să simt asta. Mai am încă durere, dar simt că este OK”.

#### Testarea realistă a sentimentului de abandon

A te simți abandonat este, poate, unul din rezultatele cele mai devastatoare a suicidului. Oamenii care pierd persoane iubite prin moarte naturală se simt abandonați, chiar dacă moartea n-a fost nici dorită nici cauzată

de decedat. Totuși, în cazul morții alese, sentimentul de abandon este extrem. Poate fi oarece realitate în acest sentiment, dar nivelul realității poate fi testat prin consiliere.

Iată câteva sugestii de intervenție ulterioară:

1. Contactează persoana sau familia imediat, până să intervină distorsiunile. Miturile familiare încep devreme.
2. Urmărește potențialul de exprimare în consiliere. Clienții pot încerca să-l facă pe consilier să-i respingă pentru a-și trăi imaginea negativă despre sine.
3. Dacă sunt suficienți oameni îndoliați de pierderi de acest tip, ia în considerare posibilitatea întocmirii unui grup de suport în comunitatea ta. Avem un astfel de grup în zona Greater Boston, care s-a dovedit a fi foarte eficient membrilor lui, ca și alte grupuri din alte părți ale țării (Wroblewski, 1984).
4. Nu-ți închipui că toate familiile se vor destrăma. Unele familii se apropie și mai mult în astfel de crize (McNiel, 1988).

### **Moarte subită**

Morțile subite sunt cele ce apar fără avertizare și au nevoie de o înțelegere și intervenție specială. Deși morțile suicidare intră în această categorie, mai sunt și alte tipuri de morți subite, cum ar fi morțile accidentale, atacurile de inimă și omucidul care trebuie discutate. Câteva studii au urmărit oamenii timp de câteva luni, în urma unei astfel de pierderi pentru a evalua soluționare acestui doliu. În majoritatea acestor studii, concluziile sunt similare – morțile subite sunt mai dificile de îndurat decât alte morți în care există o avertizare că moartea este iminentă (Parkes, 1975).

Sunt câteva aspecte deosebite ce trebuie luate în considerare când se lucrează cu cei rămași în urma unei morți subite. O moarte subită lasă, de obicei, persoana cu un sentiment de irealitate asupra pierderii. De fiecare dată când telefonul sună, și o persoană a aflat că cineva iubit a murit pe neașteptate, lasă

acest vâl ireal care poate dura mult timp. Nu este neobișnuit ca cel rămas să se simtă amortit și să meargă difuz ca urmare a unei astfel de pierderi. Nu este neobișnuit să aibă coșmaruri și imagini intruzive după o pierdere subită, chiar dacă n-au fost prezenți în acel moment. Consilierea potrivită îl poate ajuta să facă față acestei manifestări a morții subite și să întărească realitatea evenimentului.

O a doua trăsătură găsită în cazurile de moarte subită are de-a face cu exacerbarea sentimentelor de vină. Sentimentele de vină sunt obișnuite după orice tip de moarte. Totuși, în cazul morții subite, există un sentiment puternic de vină exprimat în „Dacă aș...”, afirmații de genul „Dacă nu i-aș fi lăsat să se ducă la petrecere” sau „Dacă aș fi fost cu el”. Una dintre problemele principale ale consilierii este să te axezi pe această problemă a culpabilizării și să-l ajuți în a testa realitatea acestei responsabilități. O manifestare obișnuită la copii ca urmare a unei morți subite este vina asociată cu împlinirea unei dorințe ostile. Nu este neobișnuit pentru copii să-și dorească părinții sau frații să moară, ca apoi moartea subită a acelei sau acelor persoane către care s-a îndreptat dorința ostilă, poate lăsa copilul cu o încărcătură dificilă de vină.

Legată de vină este nevoia de a învinui și, în cazul unei morți subite, nevoia de a învinovați pe cineva de ce s-a întâmplat este foarte mare. Din această cauză, nu este neobișnuit pentru cineva din familie să devină țapul ispășitor și, din păcate, copii devin ținte ușoare pentru astfel de reacții.

O a patra trăsătură a morții subite este implicarea frecventă a autorității medicale sau legale, mai ales în caz de accident sau homicid. Pentru cei ale căror persoane iubite au fost victime ale homicidului, desfășurarea naturală a doliului este dificilă dacă nu imposibilă, până ce aspectele legale ale cazului nu au fost elucidate. Pentru o familie, a cărei fiică tânără a fost ucisă, procesul legal a durat șase ani după moarte, fără să pară că se apropie de sfârșit. Tatăl ei a spus recent: „De obicei când ai o moarte în familie, ai moartea, ai doliul și încet, dar sigur, îți continui viața. Dar, atâta timp cât durează asta, nu există o încheiere a doliului, nu există timp să pui în spate ce s-a întâmplat” (*New York Times*, Martie 2, 1989). Unii simt că au fost victimizați de sistemele care ar trebui să-i

asiste. Aceste cazuri trebuie să fie investigate și, pentru că adesea există o nuanță puternică de culpabilitate, pot duce la anchetă și proces. După cum toată lumea știe, sistemul judiciar se mișcă lent și aceste proceduri durează mult timp până se soluționează. Întârzierile pot avea două funcții: pot întârzia procesul de doliu; adică persoanele care țin doliu pot fi atât de distrase de detaliile procesului, încât sunt ținute din a se confrunța direct cu propria lor suferință. Totuși, există timpuri când aceste întreruperi legale pot juca un rol pozitiv. Când există o adjudecare a cazului și cazul este închis, asta poate ajuta oamenii să ajungă la o închidere.

O a cincea trăsătură specială a morții subite este sentimentul neajutorării din partea celui rămas. Acest tip de moarte este un atac asupra sentimentului nostru de putere și de ordonare. Adesea această neputință este legată de un sentiment puternic de furie și nu este neobișnuit ca cel rămas să vrea să-și verse această furie pe cineva. Ocazional, personalul spitalelor devin ținte ale violenței sau cei rămași își exprimă dorința de a ucide anumite persoane care au de-a face cu moartea persoanei iubite. Nu este neobișnuit să auzi afirmații litigioase venind de la persoanele rămase în urma celor ce au murit subit. Această exprimare a furiei poate ajuta la contracararea sentimentelor de neputință pe care le resimt. Consilierul ar trebui să fie, de asemenea, atent la faptul că dorința de răzbunare poate fi o apărare împotriva realității și durerea morții (Rynearson, 1984).

Cineva rămas în urmă poate, de asemenea, să exprime agitație manifestă. Stresul unei morți subite poate declanșa un răspuns „fugi sau luptă” și poate duce la o depresie foarte agitată. O creștere rapidă a nivelului de adrenalină este, de obicei, asociată cu această agitație.

Treaba nerezolvată este o altă îngrijorare specială a celor ce rămân în urma persoanelor care au murit subit. Moartea îi lasă cu multe regrete pentru lucruri pe care nu le-au spus și lucruri pe care nu au apucat să le facă cu persoana decedată. Consilierea îi poate ajuta să se concentreze asupra acestor aspecte și să găsească o cale de a le închide.

O ultimă trăsătură specifică este nevoia crescută de a înțelege. În orice moarte oamenii sunt interesați de ce s-a întâmplat, dar în situația morții subite, pare a fi un interes deosebit de puternic. Această căutare a înțelesului poate fi legată de nevoia de stăpânire când o moarte a fost traumatică. Împreună cu asta, desigur, există o nevoie de atribuire nu numai a cauzei, ci și a vinei. În acest punct, unii oameni găsesc că Dumnezeu este singura țintă de incriminat, și nu este rar când poți auzi pe cineva spunând „Îl urăsc pe Dumnezeu”, când încearcă să pună împreună piesele din urma morții.

Acum haide să ne uităm la câteva intervenții ce pot fi folosite de oamenii după o moarte subită. Intervenția în aceste cazuri într-adevăr devine „intervenție de criză” și principiile intervenției de criză sunt potrivite aici. Are un interes istoric faptul că scrierile privind intervenția de criză au început, de fapt, după publicarea lucrării lui Lindemann (1944) despre supraviețuitorii incendiului din Coconut Grove, când a lucrat cu o populație deprivată.

Consilierul ar trebui să înceapă intervenția la scena crizei – adesea asta înseamnă la spital – și să ofere ajutor în mod agresiv. Oamenii într-o stare de amorțeală nu pot, întotdeauna, să ceară ajutor și dacă cel ce urmează să intervină întreabă „Aveți nevoie de ajutor?”, ar putea să primească un răspuns negativ. Este mult mai productiv pentru cel ce intervine să le spună celor implicați „Văd toți oamenii care au experimentat o astfel de pierdere și sunt aici să vorbesc cu dumneavoastră și să lucrez cu dumneavoastră”.

Cei ce rămân să fie ajutați în a înțelege pierderea. Există câteva moduri prin care acest lucru poate fi făcut. Unul este vederea cadavrului celui decedat pentru a facilita doliul și acceptarea. Oferirea posibilității de a vedea cadavrul. Am văzut asta ca fiind o experiență binevenită în multe ocazii și sprijin permiterea oamenilor de a vedea cadavrul afișat într-un mod plăcut, chiar în cazul morții de automobil sau alte accidente violente. În cazul în care cadavrul este mutilat, familia ar trebui să fie informată despre asta înainte de a-l vedea. Având posibilitatea să vadă cadavrul sau o parte din el, poate aduce acasă realitatea pierderii – Sarcina de Doliu I. Am vorbit cu persoane care nu au văzut cadavrul după o moarte accidentală și care, ani mai târziu, îmi spun că-și doresc



să-l fi văzut. O altă cale prin care să conștientizeze pierderea este să-i ții concentrați pe moarte (pierdere), nu pe circumstanțele accidentului sau învinuire.

O altă intervenție pe care consilierul o poate folosi pentru a ajuta persoana să ajungă la realitatea pierderii este folosirea cuvântului „mort”. De exemplu, „Jenny a murit. Pe cine vrei să anunți despre moartea ei?”. Folosirea acestui cuvânt ajută la conștientizarea realității morții ca și acordarea asistenței privind aranjamentele ce trebuie făcute.

Consilierul ar trebui, de asemenea, să fie familiarizat cu spitalul și să direcționeze confortul fizic al membrilor familiei, creând posibilitatea pentru ei să fie împreună, dacă se poate, într-un loc departe de agitația din serviciul de urgență. Tot ce este posibil ar trebui făcut pentru a-i face confortabili fizic.

Ca cel care acordă grijă, vezi să nu exprimi propria ta neajutorare prin împărtășirea de banalități. Ocazional încă mai auzim comentarii la spital de genul „Încă ți-a mai rămas soțul” sau „Încă mai ai copiii” ca o încercare de a oferi ajutor. Majoritatea persoanelor care au trecut prin asta susțin că aceste comentarii nu îi consolează. Pentru ca cel care acordă grijă să spună „Totul va fi bine” înseamnă să facă promisiuni false. Totuși, dacă cel care acordă grijă spune „Vei supraviețui”, nu este o banalitate, ci un adevăr și, ocazional, acest comentariu poate aduce un anumit confort în aceste tipuri de crize.

În cele din urmă, oferă grijă în continuare, fie de la tine sau comunitate sau din resurse religioase. De exemplu, sunt grupuri specializate care se întâlnesc, cum sunt grupurile de suport pentru părinții copiilor uciși. Fii conștient de aceste tipuri de resurse și fă referiri la aceste grupuri specializate, ca parte a procesului continuu de îngrijire a persoanelor care au îndurat moartea subită a cuiva drag.

### **Moarte infantilă subită (MIS)**

Un tip de moarte care ar trebui considerată separat este moartea infantilă subită. Peste 7000 de bebeluși mor în fiecare an doar în Statele Unite. MIS

apare la copiii sub un an și este cel mai frecvent găsită la copii între două și șase luni. Cauzele acestui fenomen nu sunt pe deplin cunoscute și patogenia MIS nu a fost stabilită exact. Părinții care pierd copiii prin MIS adesea conceptualizează că bebelușul a murit prin sufocare sau înecare sau că bebelușul avea din-nainte vreo boală nebănuită.

Sunt câțiva factori care complică doliul de acest timp. Mai întâi moartea apare fără avertizare la copii care par sănătoși. Venind ca o surpriză, nu permită pregătirea prealabilă, cum este cazul copiilor care mor de o boală progresivă. Apoi, nu există o cauză exactă, care dă naștere la o amplă vină sau învinuire. Alți membrii ai familiei și prieteni se întreabă, „De ce a murit copilul?”. Absența informației exacte aruncă, întotdeauna, o umbră de suspiciune cum că ar fi o formă de neglijare din partea părinților. Această lipsă de cauză poate, de asemenea, să declanșeze o căutare intensă din partea părinților a cauzei morții.

O a treia dificultate vine din implicarea sistemului legal. Cum a fost menționat și mai devreme, în cazul morții subite, există nevoia de investigare; adesea poliția investighează cazurile de MIS. Mulți părinți care trec prin această experiență, au spus că au trebuit să îndure interogatorii intense și, în câteva cazuri, chiar încarcerare. Cu conștientizarea crescândă a abuzurilor de copii și neglijarea copiilor, părinții ai căror copii au murit de MIS sunt acum pasibili de a fi suspectați și investigați legal, ceea ce adaugă și mai mult stres unei situații deja stresante.

O altă problemă a acestui tip de pierdere o reprezintă semnificația copilului decedat în viața familiei. Nu este neobișnuit ca frații mai mari să aibă resentimente legate de venirea pe lume și în casă a unui nou copil și, când copilul moare, la câteva luni de la naștere și nu există nici o cauză precisă, poate declanșa puternice reacții de vină.

Rata despărțirilor partenerilor suferind de o astfel de pierdere este înaltă. Se acumulează tensiune după moarte și cuplurile pot să nu-și mai dorească relații sexuale de frica nașterii și repetării experienței. Soția poate simți că soțului nu-i pasă suficient de mult de moarte, pentru că nu plânge când plânge ea. Dar ceea ce unele soții nu înțeleg este că soțul adesea nu plânge pentru că nu vor să

le întristeze și pe ele sau că îi este inconfortabil să plângă. Cu toate acestea, această concepție greșită poate apăsa mult relația și este un exemplu bun al lipsei de comunicare între părinți ce poate caracteriza relația sub o asemenea presiune. Nu numai că există tristețe, ci și furie. Un tată al cărui copil a murit la două luni îmi spunea, „L-am lăsat în viața mea pentru două luni și el m-a părăsit”. La început s-a simțit vinovat de aceste sentimente, dar prin consiliere a fost ajutat să înțeleagă că sunt normale.

Sunt anumite lucruri pe care le putem face să ajutăm oamenii să facă față mai bine acestui tip de pierderi. Primul are legătură cu modul în care sunt tratați părinții la spital, unde moartea este pronunțată. Modul cum această informație le este oferită părinților este importantă pentru a-i ajuta să se ajusteze pierderii. La spital, o informație sensibilă din partea personalului medical este de a le permite părinților să petreacă timp cu bebelușul mort. Asta poate fi foarte importantă, întrucât adesea părinții vor să fie lângă copil, să-l țină în brațe sau să vorbească cu copilul lor mort. Există divergențe de opinii în personalul medical privind valoarea acestui tip de procedură. Un anumit număr de părinți care au petrecut timp cu bebelușii lor morți au afirmat, mai târziu, cât de mult i-a ajutat acest lucru în a depăși această experiență foarte dificilă.

În al doilea rând, permiterea autopsiei este la fel de importantă în acest tip de moarte și nu poate fi supraestimată. Le oferă părinților o perspectivă reală asupra a ceea ce s-a întâmplat sau nu s-a întâmplat cu adevărat. Morgan și Goering, scriind despre acest subiect, au sugerat că „examinare post-mortem” este mai acceptabilă oamenilor obișnuiți decât „autopsie” (Morgan & Goering, 1978). Permisivitatea pentru autopsie este uneori respinsă, în cazul în care părintele se simte vinovat pentru pierdere. Totuși, persoana care cere permisivitatea poate menționa un număr de motive importante pentru a face autopsia: este ultima șansă de a afla informațiile legate de boală și cauza morții; este mai ușor să acceptăm moartea dacă știm că era inevitabilă; cunoașterea cauzei exacte a morții este adesea necesară pentru a aranja chestiunile legale și privind asigurarea. Dacă persoana care cere autopsia este convinsă de importanța ei, are mai multe șanse de a obține permisivitatea. Membrii familiei nu ar trebui

agresați pentru a acorda permisiunea, dar ar trebui încurajați cu tact în această direcție.

Este foarte important pentru doctor să poată oferi informații familiei despre sindromul morții infantile subite. Este, de asemenea, importantă să oferim părinților câteva informații legate de procesul doliului, pentru a nu considera că înnebunesc sau că durerea nu va înceta niciodată. Și terapeutul n-ar trebui să neglijeze frații împreună cu gândurile și sentimentele lor despre pierdere. Acest lucru poate fi făcut în contextul terapiei de familie, ca și prin monitorizarea comportamentului lor în urma morții. Adesea acești copii vor avea insomnii sau probleme la școală.

În sfârșit, părinții pot fi consiliați privind sarcinile următoare. Adesea le este frică să mai aibe un copil din cauza circumstanțelor MIS. Consilierii trebuie să fie conștienți de nivelul înalt de negare în asemenea tipuri de moarte datorită circumstanțelor, vârstei copilului și rapiditatea morții. Mulți părinți simt nevoia să țină camera intactă și să țină rutina timp îndelungat până vor ajunge gradual la încheierea Sarcinii de Doliu I – conștientizarea că copilul s-a dus și nu se mai întoarce niciodată.

Consilierea ar trebui să se desfășoare în timp, pentru că este dificil pentru părinți să absoarbe toată informația dintr-o dată. Cred că o parte importantă a consilierii este încurajarea pacienților să vorbească cu alte cupluri sau familii implicați într-o traumă asemănătoare. Această împărtășire îi ajută să-și crească conștientizarea că nu a fost vina lor moartea copilului, că nu puteau să facă mai mult. Un comentariu adesea auzit de la părinții ai căror copii au murit în timpul nopții este, „Îmi doresc să fi fost treaz când a murit”. Îndrumarea părinților către o ramură locală a organizației naționale MIS poate fi de mare ajutor, pentru că își pot împărtăși aceste sentimente cu alții. Fundația Națională SIDS (MIS) are un serviciu de informare fără taxă la 1-800-638-7437. Vor oferi informații despre MIS sau asistă orice organizație a grupurilor parentale de suport locale.

### **Sarcinile întrerupte**

Părinții care au avut parte de sarcini întrerupte, în general primesc suport considerabil din partea familie și prietenilor. Totuși, există câteva experiențe comune prin care trec și aceste sentimente fac doliul mai dificil.

În general, când o femeie are o sarcină întreruptă, grija tuturor se îndreaptă către sănătatea ei. Abia mai târziu oamenii încep să înțeleagă pe deplin pierderea. Sunt câteva îngrijorări care ies în față în asemenea momente. Pentru o femeie a cărei primă sarcină este întreruptă, apare îngrijorarea dacă va putea vreodată să mai aibe copii. Doctorii sunt, de obicei, destul de buni în a gestiona această îngrijorare, dar poziția doctorului se bazează pe statistici și niveluri de probabilitate privind posibilitatea de a mai avea copii pe viitor, ținând cont de vârsta ei și constituția fizică. Deși această informație îi poate fi folositoare femeii, este la fel de important ca doctorul să recunoască că s-a confruntat cu o pierdere importantă și să nu încerce să mascheze sau să minimalizeze această pierdere, concentrându-se pe posibilitatea unor sarcini viitoare. Sarcinile viitoare sunt, cu siguranță, o grijă a femeii, dar mulți doctori, în disconfortul lor legate de sarcina întreruptă, pot greși concentrându-se doar pe acest aspect.

Auto-învinuirea este o mare îngrijorare a unei femei care a avut parte de o sarcină întreruptă. În general are nevoie să învinuiască pe cineva și, adesea, centrarea incriminării este intrinsecă – a fost oare cauzată de jogging, dans sau altă activitate fizică? Femeile de azi pot întârzia prima sarcină, concentrându-se pe carieră și păstrând graviditatea pe mai târziu, când au cariere stabile. Pierzând o sarcină în aceste circumstanțe se poate adăuga la gradul de auto-învinuire și la impactul pierderii. Femeile adesea orientează o parte din vină asupra soților. „Dacă bărbatul meu n-ar fi fost atât de dornic de relații sexuale, asta nu s-ar fi întâmplat”, a spus o femeie pacient, la scurt timp după o sarcină întreruptă. Soții sunt adesea țintele furiei soțiilor lor. Asta se întâmplă pentru că femeia îl învinuiește că nu are aceleași sentimente ca și ea sau cel puțin le percepe ca nefiind la fel. În general, în circumstanțele din jurul unei sarcini întrerupte, soțul se simte neputincios și nevoia lui de a fi puternic și de a fi suportiv poate fi interpretată de femeie ca nepăsare.

Dintr-un simț al neputinței mulți soți găsesc un aliat în doctor, care adesea este bărbat și care accentuează faptul că cuplul poate concepe și pot avea un alt copil curând. Deși asta îl poate face să se simtă mai puțin neputincios și poate fi realist, nu este ceea ce-și dorește femeia să audă în acel moment. Aici, ca și în alte pierderi, este foarte important ca oamenii să-și poată vorbi deschis și onest privind sentimentele lor.

Pentru că sarcinile întrerupte presupun pierderea unei persoane, este important să se realizeze doliu. Există opinii variate privind vederea fetei de părinți ca parte a procesului de doliu. Am vorbit cu câțiva părinți care au cerut să vadă fetei și ei au spus că a fost o procedură care i-a ajutat – i-a ajutat să se concentreze pe realitatea pierderii, apoi le-a permis să meargă înainte și să se confrunte cu sentimentele lor legate de o astfel de pierdere. „Mă ajută să văd această experiență ca pe o moarte”, a spus o femeie după ce i-a cerut doctorului să vadă copilul nenăscut. A fost apoi capabilă să spună „cu bine” copilului și, mai târziu, mi-a spus că a ajutat-o să treacă prin doliu.

Ca și în alte pierderi, există o nevoie importantă de a fi capabil să vorbești despre asta, dar în cazul sarcinilor întrerupte, ca și în cazul avorturilor, prietenii și familia adesea nu sunt conștienți de graviditate și discuțiile inconfortabile privind această experiență. Disconfortul lor nu-i ajută cu nimic pe părinți în soluționarea doliului.

Dacă mai sunt alți copii în familie, pot apărea probleme despre cum să li se spună despre moarte. În general este important să li se spună copiilor mai mari despre experiență și să li se permită să vorbească despre gândurile și sentimentele lor privind pierderea și să fie ajutați să țină doliu pentru un frate pierdut.

### **Copii născuți morți**

În cea mai mare parte, ceea ce este adevărat pentru sarcinile întrerupte se susține și în cazul *copiiilor născuți morți*. Dacă există un singur lucru care

definește abordarea pe care profesioniștii ce acordă grijă ar trebui să o adopte când se adresează unui cuplu căsătorit care trăiește o astfel de experiență, este recunoașterea că părinții au suferit o pierdere reală, o moarte. Nu încercați să minimalizați pierderea, accentuând viitorul și posibilitatea altor sarcini și a altor copii. Deși nu este neobișnuit pentru unele cupluri să dorească să inițieze o nouă sarcină imediat după un copil născut mort, consiliați-i în legătură cu graba. Cel mai adesea este bine să se aștepte o vreme, până ce doliul este încheiat pentru copilul pierdut.

Este important să se lucreze cu ambii parteneri implicați în pierdere. Și tații au nevoie să poarte doliu – și chiar țin doliu, în ciuda comentariilor contrare ocazionale din literatura de specialitate. Studiile arată că cea mai bună adaptare la acest tip de pierdere vine când ambii parteneri au moduri de a face față similare și o comunicare mai deschisă (Feeley & Gottlieb, 1988). Lucrați cu părinții preocupați de pierdere, mai ales cu sentimentele de frică și vină. Fricile de o importanță majoră sunt fricile de o nouă sarcină, frica impactului pierderii asupra mariajului și frica de a eșua ca părinte. Vina poate duce la învinuire sau auto-învinuire. Explorați aceste tendințe și impactul lor asupra imaginii de sine.

Priviți, împreună cu părinții, la fanteziile lor în legătură cu copilul pierdut. Asta implică luarea în considerare a semnificației nașterii. De exemplu, a fost planificat și dorit de ambii parteneri sau a existat o ambivalență în privința sarcinii; a fost rezultatul terapiei pentru infertilitate sau o sarcină târzie în mariaj. Dacă bebelușul era diform, părinții au două pierderi pentru care să țină doliu – copilul pe care *credeau* că-l au și copilul pe care chiar l-au pierdut.

Ajutați familiile să facă pierderea reală încurajându-i să împărtășească decizii în legătură cu ce se va face cu cadavrul, să numească bebelușul și să participe la ritualuri cum sunt înmormântarea și pomana. O colecție însemnată de articole legată de bebeluș, cum ar fi o poză cu bebelușul, certificatul de naștere, o urmă de picior, clemă de păr, brățară de la spital (n. tr. ține de specificul american) și vederi primite de la prieteni pot face pierderea reală. Folosiți raportul de autopsie pentru a testa real cauza morții și a deschide o oportunitate în care puteți adresa întrebări.

Nu desconsiderați frații. Moartea perinatală poate fi o pierdere invizibilă pentru copiii de-acasă. Faptul că nu au văzut bebelușul pierdut face moartea mai puțin reală, o realitate care se diminuează și mai mult dacă pierderea nu este luată în considerare de părinți. Înțelegerea unui copil privind pierderea va fi influențată, desigur, de dezvoltarea lui cognitivă și emoțională. O înțelegere inadecvată a pierderii, cuplată cu gândirea magică, poate duce la o credință de vină personală sau ajung să atribuie pierderea letalității părinților. Ultima poate crește anxietatea copilului și vulnerabilitatea personală ajungându-se la o îngrijorarea privind propria siguranță și stare de bine.

În acest tip de moarte, familia ține doliu atât pentru ceea ce ar fi putut să aibe, cât și pentru ce au pierdut. Considerați recomandarea unui grup de suport cu părinți care au suferit pierderi asemănătoare. Dacă nu există în zona voastră, poate doriți să începeți un astfel de grup. Continuați consilierea cuplurilor și membrilor familiei.

### **Avortul**

Mulți oameni adoptă o atitudine degajată față de experiența avortului. Când am lucrat la cabinetul medical al unei universități, am consiliat multe femei care au avut avorturi și adesea n-au recunoscut că doliul neîncheiat al unui avort precedent este în spatele a ceea ce le preocupa acum. Avortul este una din acele pierderi despre care nu se vorbește și pe care oamenii ar vrea să le uite. Experiența manifestă după un avort este, în general, una de ușurare; cu toate acestea, o femeie care nu ține doliu pentru pierdere poate simți durerea în legătură cu alte pierderi ulterioare.

Experiența Mariei, o femeie de 27 de ani, care a fost într-un grup de terapie săptămânal, conferă un astfel de exemplu de doliu amânat. Într-o zi a venit la grup tristă și supărată pentru că o prietenă de la serviciu tocmai pierduse un copil de șase luni *in utero*. Era foarte afectată și grupul a venit în ajutorul ei. La întâlnirea din săptămâna următoare a scos la iveală aceeași problemă și, iarăși, grupul și-a prelungit sprijinul. Totuși, după cinci sau șase săptămâni în



care a adus aceeași problemă, mi s-a părut că era mai preocupată de această pierdere decât mama adevărată. Comportamentul ei părea să supraestimeze situația și bănuiala mea a fost că această femeie are o sarcină pentru care nu a ținut doliu. Când am investigat subtil am aflat că chiar așa stăteau lucrurile. Câteva ani mai devreme, când avea 24, Maria a rămas însărcinată și a avut un avort pe care și la scos repede din minte. Datorită faptului că relația cu băiatul nu era una foarte serioasă, a ales să nu-i spună și, datorită spiritului Catolic în care a fost crescută, nu le-a spus părinților. S-a gândit că cel mai bun mod de a face față, fără nici un suport emoțional, era să uite cât mai repede. Totuși, făcând asta, s-a privat de procesul de doliu necesar. Nu era conștientă de necesitatea de-a plânge pierderea, un răspuns care a ieșit la suprafață doar cu sarcina întreruptă a prietenei ei. Cu ajutor, a fost capabilă să lucreze la pierderea ei, ca parte a experienței ei în terapia de grup.

Un mod de a face față problemei doliului legat de avort este să faci mai multă consiliere înaintea avortului însuși, astfel încât persoana implicată să exploreze sentimentele ambivalente, să discute opțiuni diferite și să primească suport emoțional. Multe femei care vor să avorteze, de obicei fac asta în grabă și, datorită stigmatizării și rușinii asociate avortului, pot lua decizia fără ajutorul emoțional al prietenilor și familiei.

Consilierea post-avort poate fi eficientă, dar femeile nu tind să o caute. Avortul în societatea noastră (n.tr. Statele Unite) este adesea văzută ca o pierdere negată social. Pentru a îl vedea ca o moarte și, astfel, potrivit pentru doliu, pot aduce la suprafață sentimente profunde de vină. Doliul poate surveni la data avortului sau ani mai târziu, când femeia atinge menopauza sau dacă descoperă că este infertilă (Joy, 1985). Doliul se manifestă adesea ca furie sau vină, ceea ce duce la depresie auto-punitivă.

Este mai puțin probabil ca o adolescentă să vină pentru consiliere post-avort, chiar dacă este și mai dificil pentru ei să obțină suport emoțional. Părinții adolescentei sunt, adesea, furioși pe ea pentru că a rămas însărcinată și, uneori, frații sunt furioși pentru că își văd sora cum că și-ar fi omorât copilul. Adesea nu se poate îndrepta către prietenii de aceeași vârstă cu ea datorită stigmatului

asociat sarcinii la o vârstă atât de timpurie. Într-un studiu făcut în zona Chicago-ului (Horowitz, 1978), Horowitz a aflat că după experiența avortului, multe dintre tinerele pe care ea le-a abordat nu doreau să vorbească despre experiența sau sentimentele lor. Majoritatea femeilor din studiul ei erau negrese și erau din sudul și vestul Chicago-ului, dar cred că la fel ar sta lucrurile pentru orice grup de această vârstă.

Unul din modurile prin care doliul este abordat de unii adolescenți este printr-o sarcină ulterioară. O interpretare obișnuită a unei sarcini ulterioare ar fi un comportament manifest inconștient. Totuși, Horowitz și colegii au descoperit că multe femei tinere rămân *conștient* gravide o a doua sau a treia oară ca o cale de a-și gestiona sentimentele despre primul avort (Horowitz, 1978). Pentru a-și scoate din minte experiența avortului îi minimizează importanța, dar eu nu cred că poate fi minimizat și că un doliu adecvat este, cu siguranță, necesar.

### **Doliu anticipator**

Termenul *doliu anticipator* se referă la doliul care apare înaintea pierderii reale. Se deosebește de „doliul normal al celui care rămâne în urmă”, despre care am vorbit până în acest punct. Multe morți apar cu o perioadă de avertizare și în această perioadă de anticipare cei care vor rămâne în urma celui care va muri încep sarcina doliului și încep să experimenteze diferite răspunsuri la această durere. Probleme pot apărea, ele sunt specifice pentru astfel de situații și pot necesita tipuri specifice de intervenție. În timp ce moartea subită este extrem de traumatică, doliul prelungit poate produce resentimente, care apoi conduc la auto-învinuire.

Termenul de doliu anticipator a fost stabilit acum câțiva ani de Lindemann (1944) pentru a denumi absența exprimărilor manifeste de doliu la momentul morții unei persoane, din partea celor rămași în urma mortului și care au trecut deja prin doliu și care s-au eliberat de legăturile emoționale cu persoana

decedată. Termenul a fost elaborat și mai mult de psihiatrul Knight Aldrich într-o lucrare importantă de-a lui numită „Doliul pacientului pe moarte” (1963).

Una dintre primele întrebări care vin în minte când ne gândim la doliul anticipator este „Ajută doliul de după moarte?”. Altfel spus, oamenii care au avut o perioadă de doliu înaintea morții îi ajută să-și gestioneze doliul ulterior mai bine, pentru mai puțin timp decât cei care nu încep doliul înaintea morții? Pare să existe dovezi în această direcție, mai ales din studiile lui Parkes, că oamenii care au avut parte de o avertizare despre o moarte ce stă să se întâmple erau mai bine când au fost evaluați după 13 luni (Parkes, 1975). Totuși, nu toate studiile trag aceeași concluzie și dovezile nu sunt chiar peste tot. Trebuie reținut că comportamentul de doliu este multi-determinat și, după cum a fost subliniat în Capitolul 2, există mulți determinanți al acestui comportament, toți contribuind la puterea și rezultatul lui final. Faptul de a avea o avertizare asupra morții, o oportunitate de doliu pre-moarte este unul dintre acești determinanți. Totuși, sunt mult mai mulți determinanți și este prea simplist să ne uităm doar la această variabilă.

Este important dintr-o perspectivă clinică pentru practicianul care lucrează cu pacienți și familii înaintea unei morți anticipate să înțeleagă conceptul de doliu anticipator pentru a putea oferi ajutor atât pacienților cât și membrilor familiei.

În acest tip de situație procesul doliului începe devreme și implică diferitele sarcini de doliu discutate deja. În legătură cu Sarcina I există o conștientizare și acceptare a faptului că persoana va muri și, astfel, lucrul cu această sarcină începe devreme. Totuși, în majoritatea cazurilor, conștientizarea inevitabilității morții alternează cu experiențe de negare a faptului că evenimentul se va întâmpla. Dintre toate sarcinile de doliu, poate Sarcina I este cea mai facilitată de o perioadă de anticipare, mai ales când persoana moare de o boală care-o deteriorează. Pe măsură ce persoana este văzută cum se stinge, se subliniază realitatea și inevitabilitatea morții. Am văzut, însă, oameni care-și păstrau speranța și încurajau negarea chiar când vedeau dovezi evidente.

În legătură cu Sarcina II, pot exista o multitudine de sentimente asociate cu pierderea anticipată, sentimente pe care adesea le asociem cu doliul post-

moarte. Un sentiment adesea observat în această perioadă este creșterea anxietății. În Capitolul 1 ne-am uitat la anxietatea de separare – de unde vine și ce înseamnă. Pentru mulți oameni anxietatea crește și se accelerează cu cât este mai mare perioada de doliu anticipator și cu cât persoana se apropie mai mult de moarte. Aldrich leagă asta de situația unei mame care este nesigură de copilul ei care merge la școală pentru prima oară și este mai afectată de asta în Ziua Muncii (n.tr. în Statele Unite Ziua Muncii se ține în prima Luni din Septembrie) decât s-a simțit pe Patru Iulie (Aldrich, 1963).

În plus, pe lângă anxietatea de separare, în aceste circumstanțe anxietatea existențială este exacerbată printr-o creștere a conștientizării propriei morți (Worden, 1976). Pe măsură ce vezi pe cineva deteriorându-se, din cauza unei boli progresive, nu te poți abține să nu te identifice cu procesul, conștientizând că asta ar putea fi și propria ta soartă. De asemenea, situația în care îți vezi părinții deteriorându-se și decăzând, dă naștere conștientizării că urci o treaptă generațională și vei fi următorul care va înfrunta moartea în ordinea de ansamblu a lucrurilor.

Există un fenomen interesant care apare și el în legătură cu Sarcina III – sarcina acomodării la un mediu în care decedatul lipsește. Când există o anticipare a morții, este obișnuit ca ceilalți să facă „repetiții” în minte, adică să se gândească la „Ce voi face cu copiii?”, „Unde voi locui?”, „Cum mă voi descurca fără el?”. Asta este ceea ce Janis, în studiile lui pe pacienți operați, a numit „munca de îngrijorare”. A aflat că cei care duc munca de îngrijorare înaintea operației, reacționează mai bine la răspunsurile în urma operației (Janis, 1958). Acest tip de repetiții este normal și are un rol important în adaptarea de ansamblu. Totuși, poate fi văzut de alții drept comportament inacceptabil social. Persoana care vorbește în detaliu despre ce vor face după moarte poate fi perceput ca insensibil, iar comentariile lor pot fi văzute ca premature și de prost gust. Unul dintre lucrurile pe care consilierul le poate face este să ajute la interpretarea acestora, atât pentru persoanele care exprimă un astfel de comportament, cât și prietenilor lor sau membrilor familiei. Afirmatii din partea

oamenilor care vor binele, cum ar fi „Oh, nu-ți face griji, lucrurile se vor rezolva” pot întrerupe acest proces foarte important de muncă de îngrijorare.

Una din dificultățile unei perioade prea lungi de doliu anticipator este că cineva se poate retrage emoțional prea devreme, cu mult înainte ca cineva să fi murit și asta poate duce la o relație bizară. Mama bătrână a lui Michael murea din cauza unei boli care o deteriora progresiv. El i-a anticipat moartea, așa cum au făcut și ceilalți membri ai familiei și și-au exprimat rămănerile cu bine și s-au pregătit. Dar mama continua să trăiască, deși era într-un stadiu deteriorat grav. A venit la ședință într-o zi exprimând neliniște și vină asupra faptului că vroia să facă rezervări să plece cu familia în vacanța de iarnă, ceva ce au făcut în fiecare an în această perioadă, dar nu putea să-și facă planuri atâta timp cât ea trăia. În aceste circumstanțe, Michael își dorea foarte tare ca ea să moară și se simțea foarte vinovat că are astfel de sentimente. Asta nu este o situație neobișnuită, mai ales dacă persoana pe moarte are nevoie de multă atenție și este într-o condiție deteriorată serioasă. Weisman și Hackett (1961) vorbește despre această retragere din partea membrilor familiei și comentează aceste acțiuni de tragere a draperiilor, vorbit în șoaptă și prezentarea unor atitudini nenaturale pot comunica pacientului capitulare, abandon și înmormântare pre-moarte.

Tipul opus de comportament poate, de asemenea, apărea; în loc să se îndepărteze prea mult în termenii detașării emoționale, membrii familiei se apropie prea tare de pacientul pe moarte. Ei se apropie foarte tare pentru a acoperi sentimente de vină și pierdere și, în astfel de cazuri, vor să *supragestioneze* îngrijirea medicală a pacientului. Asta este mai ales adevărat când cineva încearcă să gestioneze sentimente ambivalente legate de persoana pe moarte și vina care se leagă de astfel de sentimente. Ei se pot apropia pentru a avea o grijă exagerată de pacient sau să caute tratamente netradiționale, iar această poate fi o problemă atât pentru pacient, cât și pentru personalul medical.

Am observat o femeie al cărei soț era internat în serviciul privat al spitalului. Dorea să-și țină soțul în viață și a apelat la mijloacele cele mai extreme, extreme și pentru cele mai conservative opinii medicale. La suprafață le părea asistentelor medicale și altor oameni care aveau grijă de pacient că îi pasă

atât de mult de soțul ei încât trebuie să-l țină în viață în ciuda tuturor impedimentelor. Dar nu trebuia decât să zgârie ușor suprafața ca să vezi că această femeie are o relație extrem de ambivalentă cu soțul și își exprima ambivalența prin această suprasolicitare.

Timpul care precedă moartea poate fi folosit foarte eficient și poate avea un impact important asupra doliului ulterior, dacă cel rămas în urmă este încurajat să aibă grijă de afacerile neterminate. Afacerile neterminate nu se referă doar la testamente și alte aspecte birocratice, ci a fi capabil să exprimi atât aprecieri cât și dezamăgiri, lucruri ce trebuie spuse înainte ca persoana să moară. Dacă consilierul poate încuraja membrii familiei și pacienții să aibă acest tip de comunicare, această perioadă pre-moarte poate avea un efect binevenit asupra tuturor celor implicați. Când aceste lucruri sunt exprimate, cel rămas în urmă nu are nevoie să petreacă timp consiliindu-și doliul mai târziu, unde ar putea să trebuiască să aibă de-a face cu regrete asupra lucrurilor pe care nu le-au spus când au avut oportunitatea. Deci, dacă ai acces la pacienți și familii într-o situație ce precedă moartea, ajută-i să vadă că, chiar dacă aceasta este o tragedie pe cale să se întâmple, este și o oportunitate pentru ei să aibă grijă de treburile cu care vor să se confrunte înainte ca persoana să moară. Adesea oamenii au nevoie de încurajare sau permisiune să facă asta, dar cred că este mai degrabă excepție decât regulă că vor face asta fără să fie încurajați de personalul care acordă grijă.

Până acum am vorbit despre doliul anticipator al celui care rămâne în urmă. Dar și oamenii care mor pot experimenta un astfel de doliu anticipator, deși ar putea să-l simtă în moduri care sunt oarecum diferite de ale celorlalți. Cei rămași în urmă pierd o singură persoană iubită. Persoana care moare adesea are multe atașamente în propria viață și, astfel, va pierde multe persoane semnificative, toate odată. Anticiparea pierderii poate fi copleșitoare și adesea pacientul se va retrage și-și va întoarce fața la perete pentru a face față acestui impact. Un consilier poate ajuta la interpretarea unui astfel de comportament atât pacientului, care ar putea avea probleme cu asta, cât și prietenilor și familiei.

Un ultim lucru ar trebui luat în considerare înainte să încheiem această secțiune asupra doliului anticipator. Presupune folosirea grupurilor de suport. Există un segment al populației care are o dificultate specifică cu doliul anticipator și are nevoie de mult suport – părinții care pierd copii tineri din cauza unor boli terminale. Când cineva pierde un copil există un sentiment de atemporalitate privind moartea. Copiii n-ar trebui să moară înaintea părinților – nu este în ordinea lucrurilor. Această și o miriadă de alte experiențe, care adesea includ o serie lungă de tratamente medicale, pun mult stres asupra membrilor familiei, nu doar asupra părinților, ci și asupra copiilor.

Există grupuri de suport, cum sunt Candlelighters disponibile pentru părinții ai căror copii sunt foarte bolnavi sau pe moarte. În aceste grupuri părinții se confruntă cu doliul anticipator într-un context social. Mulți părinți care au participat la aceste grupuri au spus că le-a fost folositor pentru că le-a dat oportunitatea să-și împărtășească sentimentele cu alți părinți care treceau prin aceeași experiență. I-a ajutat, de asemenea, să facă mai bine față unei relaționări stresante care au apărut în cuplu, cât și câtorva dificultăți pe care le aveau cu gestionarea celorlalți copii, mai ales sentimentul foarte comun că îi neglijau pe ceilalți copii în favoarea celui care murea.

Cartierul general al unui astfel de grup, The Candlelighters Fundation, se afla la 2025 I Street, N. W. Washington, DC, 20006. Un alt grup de suport, The Society of Compassionate Friends, ajută familiile după moartea unui copil. Pentru informații privind această organizație și ramurile ei locale scrieți pe adresa: Society of Compassionate Friends, P.O. Box 1347, Oak Brook, IL, 60521.

## **SIDA**

În ultima decadă un număr din ce în ce mai mare de oameni au fost infectați cu și au murit din cauza Sindromului Imuno-Deficitar Dobândit (SIDA). S-a estimat că până în anul 2000 jumătate de milion de oameni vor fi murit de afecțiuni legate de SIDA. Toți cei care vor muri vor lăsa familia și prietenii să

confrunte cu consecințele specifice acestui tip de pierdere. Cei ce rămân în urma celor ce mor de SIDA constituie o populație de îndoliați cu puține repere de îngrijire. Faptul că sindromul este cauzat de un virus infecțios, pentru care nu există momentan un antidot, care cară cu el un stigmatism social și care, adesea, duce la o boală prelungită, poate influența comportamentul de doliu al celor care au suferit o astfel de pierdere. Să ne uităm la câteva trăsături asociate cu SIDA, care pot afecta procesul de doliu.

*Contagiune.* Pentru că SIDA se transmite prin fluide corporale, partenerii sexuali ai decedatului pot fi anxioși privind propria lor sănătate. Simptomele fizice, în mod obișnuit considerate o parte normală a procesului de doliu, cum ar fi oboseală, insomnie și durerea de cap, pot fi interpretate ca simptome asociate cu afecțiuni legate de SIDA. Consilierii trebuie să-i educe privind aceste aspecte fizice ale doliului, astfel încât acestea să nu fie „recunoscute” ca SIDA și anxietatea datorată acestor simptome fizice să fie diminuată.

Sentimentul de vulnerabilitate și frica de a dezvolta boala îi pot face pe cei rămași în urmă să fie furioși pe decedat. Un supraviețuitor (o astfel de persoană) spunea „Mă simt ca o bombă cu ceas mergătoare”. O parte din această vulnerabilitate este reală și nu nevrotică. Oare ce poate face stresul pierderii sistemului imunitar al supraviețuitorului, care poate este deja compromis de virus (Schleifer, 1983).

Un alt aspect asociat cu factorul contagiune este vina. Unii supraviețuitori se simt vinovați pentru transmiterea virusului partenerului sau pentru că a participat în activități sau într-un stil de viață în care posibilitățile transmiterii erau ridicate. Aceste sentimente de vină trebuie abordate și evaluate. Factorii de contagiune joacă, de asemenea, un rol când supraviețuitorul este pe cale să întemeieze o nouă relație. Unii oameni refuză relațiile cu supraviețuitorii SIDA sau, în alte cazuri, chiar supraviețuitorii pot avea dubii asupra formării unor noi relații.



*Stigma.* O moarte de SIDA poate fi una dintre acele pierderi despre care nu se vorbește, discutate anterior. Din cauza stigmatului, oamenilor le este teamă de respingere sau că vor fi judecați aspru dacă cauza morții devine cunoscută. Astfel ei pot minți și atribui moartea cancerului sau orice altceva în afară de SIDA. Prin asta scapă de a fi asociați cu SIDA, dar este nevoie de o altă unealtă emoțională sub forma fricii de a fi descoperit, furie și vină legat de ce au făcut. Ajutându-i pe supraviețuitori să facă față realității stigmatului și asistându-i să găsească moduri adecvate de a împărtăși circumstanțele pierderii poate ajuta la atenuarea acestor sentimente de anxietate și frică.

*Lipsa suportului social.* Din cauza stigmatismului SIDA și pentru că în societatea noastră rudenia justifică doliul, mulți supraviețuitori care au avut o relație non-tradițională cu decedatul au dificultăți în a găsi nivelul de înțelegere și suport de care aveau nevoie după moarte. Mama unui client de-al meu, care nu știa de relația fiului ei cu iubitul lui a spus după moarte „De ce ești atât de trist? Era doar colegul tău de cameră.” Dacă o relație nu este sancționată social, este puțin probabil să fie recunoscută ca importantă de oameni sau de lege. Familia poate exclude partenerii sau prietenii decedatului de la a participa la funeralii. Persoanele importante decedatului pot fi, de asemenea, împiedicate să moștenească proprietăți sau să obțină parte din împărțirea averii.

Folta și Deck aduc o remarcă importantă despre doliu și relațiile non-tradiționale:

În timp ce toate aceste studii ne spun că doliul este un fenomen natural, intensitatea lui corespunzând cu cât de apropiată este relația cu decedatul, eșuează în a lua prietenia în calcul. Presupunerea care stă la bază este că „apropierea relației” există doar între soț și soție sau rude foarte apropiate. [Folta & Deck, 1976, p. 239]

Grupurile pentru familiile și prietenii pacienților de SIDA pot fi mijloace excelente da a conferi suport emoțional înainte și după moarte.

*Morți la timpul nepotrivit.* Mulți dintre cei care au sucombat datorită unor afecțiuni legate de SIDA sunt tineri, între 20 și 35 de ani. Morțile lor evocă reacții pe care toate morțile la timpul nepotrivit le provoacă, când părinții trăiesc mai mult decât copiii. Între prieteni și contemporani poate exista o creștere în conștientizarea mortalității personale și anxietatea legată de asta (Worden, 1976). Mulți supraviețuitori sunt confrunțați cu aceste probleme la o vârstă la care oamenii nu se confruntă, de obicei, cu moartea.

*Pierderi multiple.* În comunitatea gay, mulți oameni au pierdut un număr de prieteni și persoane importante din cauza SIDA. Cum am notat și mai devreme, pierderile multiple pot duce la un doliu prea mare și poate face procesul doliului să se închidă sau să se manifeste în variate modalități somatice. Un studiu recent în New York City a descoperit că numărul simptomelor de stres varia în legătură cu numărul de prieteni apropiați morți de SIDA (Martin, 1988). Cei care asigură servicii de doliu trebuie să fie conștienți de această asociere și să ajungă la cei cu pierderi multiple.

Aceasta este, de asemenea, o problemă pentru acei care acordă grijă care lucrează cu un număr mare de pacienți de SIDA. Un consilier care lucrează cu pacienți de SIDA în San Francisco spunea „Am atins un nivel de saturație în viața mea personală și profesională unde nu mai puteam face loc unei alte morți. Morțile cumulate au un efect” (Bell, 1988). Cei care îi îngrijesc pe cei cu SIDA au nevoie să poată să-și ușureze durerea și suferința și să stea conectați cu activități care să afirme viața, pentru a nu ajunge la epuizare.

*Boli prelungite și desfigurare.* Virusul HIV compromite sistemul imunitar, astfel încât un număr de infecții oportune pot invada corpul. Multe dintre aceste infecții pot duce către deteriorare fizică și mentală. Oamenii cu afecțiuni legate de SIDA adesea simt că-și irosesc capacitățile mentale și fizice. Înainte tineri și atractivi, acum pot fi transformați să arate ca victimele din lagărele de exterminare. Datorită acestei deteriorări, unor oameni le este dificil să stea în

preajma celor cu SIDA a căror boală progresează. Am lucrat cu câțiva supraviețuitori care au simțit o vină intensă după o pierdere, pentru că nu au fost prezenți când persoana murea. Alții, care au fost prezenți în procesul morții, găsesc dificil să renunțe la amintirile legate de un prieten sau membru al familiei aflat în aceste condiții. Acești oameni pot fi ajutați înțelegând că un astfel de fenomen este normal și că, treptat, vor putea recăpăta un set mai echilibrat de amintiri.

*Complicații neurologice.* O altă trăsătură a SIDA care afectează pierderea sunt complicațiile neurologice adesea asociate cu boala. Câteva studii au aflat că, atunci când se făceau autopsii, până la 80% din pacienții SIDA sufereau de un tip de vătămare a sistemului nervos central. Uneori vătămrile duc la schimbări subtile în comportament, dar cel mai adesea se vede un impediment mai ridicat depinzând de zona creierului afectată de virus. Aceste deteriorări ale funcțiilor mentale pot apărea ca cele suferite de pacienții Alzheimer. Odată ce demența progresează, familia și prietenii încep să piardă persoana pe care o aveau și aceste pierderi, cum este cazul bolii Alzheimer, pot precipita un răspuns de doliu timpuriu.

Virusul HIV va continua să afecteze un segment mai larg al societății decât am văzut până acum și cei care lucrează cu probleme de doliu se pot aștepta la mai multe pierderi legate de afecțiuni SIDA în anii ce vor urma.

## Capitolul 7

### **Durerea si sistemele familiale**

Pana acum ne-am concentrat atentia asupra reactiilor pe care le poate avea o persoana confruntata cu suferinta si asupra felului cum acestea sunt determinate de relatia cu cel decedat. Totusi, cele mai importante pierderi sunt

cele aparute in cadrul unei unitati familiale si de aceea este important sa luam in considerare impactul unui deces asupra intregului sistem familial.

Cele mai multe familii au o homeostaza care poate fi dezechilibrata de moartea unei persoane semnificative din cadrul acelui grup familial, ceea ce provoaca durere familiei si o determina sa caute ajutor. Un binecunoscut terapeut de familie, Murray Bowen, afirma: „Cunoasterea intregii configuratii familiale, functia persoanei decedate in familie si nivelul general de adaptare la viata sunt importante pentru oricine incearca sa ofere ajutor unei familii inainte, in timpul sau ulterior unei pierderi.” (Bowen, 1978, p. 328).

Au fost identificati o serie de factori specifici care afecteaza perioada de doliu si influenteaza gradul de dezintegrare a familiei. Acestia includ: etapele de viata ale familiei; rolurile persoanei decedate; patternurile de putere, afectiune si comunicare; si factori socioculturali. (Vess et al., 1985; Davies et al., 1986).

Obiectivul meu aici este de a pune in discutie felul cum dinamica familiei poate impiedica travaliul de doliu. Acest capitol nu se vrea un tratat asupra terapiei de familie. Voi pleca de la presupunerea ca cititorul are cunostinte si abilitati in acest domeniu. Celor care nu sunt familiarizati cu acest tip de terapie si doresc sa isi faca o idee generala le recomand „*Introducere in terapia familiei*” (*An Introduction to Family Therapy*) de Vincent D. Foley (1986).

Conceptul de terapie de familie se bazeaza pe premisa ca familia este o unitate interactionala ai carei membri se interinfluentaaza. De aceea, nu este suficient sa abordam fiecare persoana in relatie cu cel decedat si sa privim suferinta sa fara a o lega de intreaga retea familiala. Caracteristicile fiecarui membru al familiei determina caracterul sistemului familial, dar acest sistem reprezinta mai mult decat suma caracteristicilor indivizilor care il compun. Reactiile de suferinta ale unei familii difera de cele ale membrilor sai luati separat (Greaves, 1983). Un motiv important pentru care este necesar sa abordam separat suferinta familiei de cea individuala este impactul miturilor familiale. Acestea functioneaza ca defensele pentru fiecare persoana individual; ele definesc grupul familial si ii ofera o identitate (Greaves, 1983). In plus, fiecare schimbare care se petrece dupa moartea unui membru al familiei este simbolica

pentru moartea familiei incesi, depasind sarcina initiala de a delimita vechea familie de cea noua. (Greaves, 1983)

Familiile au grade diferite de dezvoltare a abilitatii de a exprima si de a tolera sentimentele. Daca sentimentele exprimate deschis nu sunt tolerate, aceasta poate duce la diverse moduri de punere in act (in original *acting-out behavior*) care sa exprime suferinta. Familiile care infrunta eficient astfel de situatii discuta deschis despre cei decedati, in timp ce familiile care se inchid nu sunt doar lipsite de aceasta libertate de exprimare, ci inventeaza scuze si fac comentarii care reduc la tacere pe ceilalti membri. Familiile functionale sunt, de asemenea, capabile sa integreze sentimente legate de moarte, printre care constientizarea si acceptarea sentimentelor de vulnerabilitate. (Davies et al., 1986)

Un argument important pentru abordarea sistemica a familiei este acela ca suferinta neintegrata va reprezenta un factor cheie in patologia familiei si va fi si o cauza a patologiilor relationale transgenerationale. Spark si Browdy subliniaza ca doliul amanat al familiei de origine blocheaza experienta emotionala legata de pierdere si separare in familia actuala (Spark & Browdy, 1972). Reilly, care a studiat acest fenomen in relatie cu abuzul de droguri, este de parere ca parintii tinerilor consumatori nu au trait niciodata complet doliul si nu si-au rezolvat legaturile ambivalente cu proprii parinti. De aceea, ei au tendinta de a-si proiecta conflictele legate de pierdere si abandon asupra familiilor curente (Reilly, 1978). Pentru a masura impactul conflictului intergenerational, Bowen recomanda discutarea extensiva a istoriei de familie, care ar trebui sa acopere cel putin doua generatii, ca parte a procedurii de evaluare (Bowen, 1978).

In evaluarea suferintei si a sistemelor familiale trebuie luate in considerare cel putin trei aspecte principale. Primul este pozitia functionala sau rolul pe care il avea decedatul in familie. Acestea pot varia de la bolnav, intemeietorul de valori, tapul ispasitor, ingrijitorul, capul familiei etc. Moartea acestui membru va duce la o disfunctie a sistemului familial proportionala cu semnificatia rolului pe care l-a avut in familie. Bowen considera ca unitatea familiala se afla in echilibru atunci

cand fiecare membru functioneaza la un nivel optim de eficienta. Iar aparitia sau disparitia unui membru produce un dezechilibru. Prin moarte, familia este privata de un rol important si un alt membru va fi cautat pentru a umple golul (Bowen, 1978).

Si copiii joaca roluri importante in familiile lor, iar moartea acestora dauneaza echilibrului familiei. Am vazut un adolescent, cel mai mic dintre trei frati, inainte de a muri de leucemie. Avusese nevoie de numeroase internari si ingrijiri. Acest copil era respins de fratele sau cel mai mare, care, dupa moartea sa, le-a interzis parintilor sa ii modifice camera si sa dea din lucrurile lui. Cand aceste lucruri erau mentionate in familie devenea foarte furios pentru ca asta ar fi insemnat ca infrunte pierderea si sa faca fata ambivalemtii fata de fratele sau.

Mama suferea pentru ca avusese o relatie neobisnuit de stransa cu fiul sau mort. Intr-o dependentă cu inversare de rol, ea se sprijinea pe el pentru a-si imbunatati stima de sine si investindu-l cu rol de sot. Dupa moartea copilului, sotul ii oferea si mai putina atentie sotiei si refuza sa discute cu ea despre sentimentele sale. Isi petrecea din ce in ce mai mult timp in afara casei. Copilul mijlociu, o fetita care locuia departe de casa, era singura care parea sa o duca relativ bine. S-a facut consiliere individuala cu membrii acestei familii cu un oarecare succes, dar consider ca trei-patru consilieri individuali nu puteau atinge eficienta terapiei de familie, in care aceste conflicte si blocaje ar fi putut fi abordate din perspectiva fiecaruia. De fapt, psihiatrul Norman Paul este de parere ca travaliul de doliu, incredintat unui terapeut individual, poate mortifica posibilitatile relationale pentru individ si familia sa. (Paul, 1986).

Moartea unuia dintre parinti atunci cand familia este tanara poate avea efecte de durată. „Aceasta pierdere nu distruge doar echilibrul emotional, dar interfereaza si cu functia de cap de familie sau de mama intr-un moment cand aceste roluri au cea mai mare importanta” (Bowen, 1978, p. 328). Un alt deces cu ramificatii largi este acela al capului uni clan patriarhal, care a indeplinit rolul celui care lua decizii in chestiunile de familie. O femeie avusese un bunic ce conducea familia cu o mana de fier. In decurs de un an de la disparitia acestuia, parintii ei au divortat, afacerile familiei au inceput sa mearga prost, iar ceilalti

membri ai familiei s-au raspandit in diverse parti ale tarii. In acelasi timp, este important sa observam ca multe persoane au doar roluri periferice in chestiunile de familie. Acestia ar putea fi considerati neutri; de aceea, decesul unei figuri neutre nu va afecta functionarea unei familii cu aceeaasi intensitate.

Un alt aspect care necesita a fi evaluat este integrarea emotionala a familiei. Intr-o familie bine integrata, membrii vor fi capabili sa isi ofere ajutor pentru a se confrunta cu pierderile, chiar si atunci cand este vorba de un membru semnificativ, cu un ajutor exterior minim. O persoana cu un grad de integrare mai mic, va avea putine reactii asociate durerii in momentul pierderii, dar membrii sai se vor confrunta mai tarziu cu variate simptome fizice sau emotionale sau tipuri de comportament antisocial. Este important ca un consilier sa inteleaga acest lucru, pentru ca simplul fapt de a ajuta familia sa isi exprime emotiile dupa un deces nu creste neaparat nivelul de integrare emotionala (Bowen, 1978).

Pentru ca exprimarea emotionala este atat de importanta in procesul de doliu, un al treilea aspect care trebuie evaluat este masura in care familiile faciliteaza sau impiedica exprimarea emotiilor. Pentru a intelege acest lucru, este nevoie sa intelegem ce valoare acorda familiile emotiilor si modelele de comunicare care ii permit unei persoane sa isi exprime sentimentele sau nu. Davies a descoperit ca in familiile mai putin functionale tristetea este asociata cu nebulia si se manifesta in comentarii precum: „Destule lacrimi”. De asemenea, ea a observat ca in familiile functionale tatal isi putea exprima durerea deschis in loc sa isi ascunda sentimentele sau sa isi laude fiul ca nu a plans la inmormantare. Cea din urma reactie intareste rigiditatea asociata cu genul si este o caracteristica a familiilor mai putin functionale (Davies et al., 1986). Pentru ca un deces poate declansa emotii intense si variate, un context in care aceste sentimente pot fi traite, identificate si finalizate este foarte important. Familiile care isi unesc forte pentru a tine sentimentele la distanta pot impiedica pe membrii lor sa incheie adecvat un travaliu de doliu.

Spre exemplu, Karen era cea mai mica dintre cei cinci copii cand tatal lor, alcoolic, a fost gasit decedat intr-un hotel. Pentru ca multa vreme acesta fusese o rusine pentru familie, s-a optat pentru o incinerare rapida, iar ramasitele sale

au fost neglijate. Karen si-a dorit sa pastreze intr-un fel amintirea tatalui sau, dar nimeni din familie nu a fost de acord cu acest lucru si, fiind cea mai mica, nu avea niciun cuvânt de spus. Ea a fost de parere ca era foarte trist sa mori asa si i-a fost imposibil sa se detaseze de tatal sau. L-a pastrat alaturi de ea print-un tip de identificare patologica ce s-a dezvoltat de-a lungul anilor, iar familia ei spunea adesea „, Esti la fel ca tatal tau”. Dupa ce a crescut, Karen a inceput sa aiba probleme serioase cu bautura care s-au dovedit a fi legate partial de aceasta identificare patologica cu tatal. Cu ajutorul travaliului de doliu, a reusit sa vada legatura, sa isi ia ramas bun de la tatal sau, sa discute cu ceilalti membri ai familiei despre moartea lui si, in timp, sa depaseasca problema alcoolului.

Probabil ca aceasta familie nu ar fi vazut nevoia unei trerapii de familie, crezand sau dorindu-si sa creada ca moartea tatalui a avut un impact minim asupra fiecaruia in parte si asupra familiei ca sistem. Dar acest caz arata de ce aceia care intra in contact cu familiile care au suferit o pierdere ar trebui sa analizeze fanteziile si sentimentele tuturor membrilor familiei, inclusiv pe cele ale celor mai mici.

### **Decesul unui copil**

O pierdere foarte dificila, care afecteaza serios echilibrul familiei si poate avea consecinte patologice uneori este moartea unui copil si efectele acesteia asupra fratilor. Acestia din urma devin deseori centrul manevrelor inconstiente de a diminua sentimentele de vinovatie ale parintilor si sunt folosite ca o modalitate de a controla mai bine soarta. Unul dintre cele mai dificile roluri pe care parintii il atribuie fratilor care au supravietuit este acela de substitut al copilului pierdut. Deseori, acest lucru implica atribuirea copilului-supravietuitor a unor calitati ale celui decedat. Alteori, este posibil ca urmatorul copil sa poarte numele celui mort. Davies si colegii ei au observat ca familiile sanatoase erau capabile sa faca fata pierderii unui copil, fara a astepta ca ceilalti copii sa umple golul ramas (Davies et al., 1986). Abilitatea parintilor de a ajuta copiii ramasi sa discute in cadrul



familiei si ocazia de a-si exprima direct sentimentele duc la o negociere functionala a sarcinilor de doliu (Schumacher, 1984).

Unele familii gestioneaza sentimentele legate de moartea unui copil ascunzand pierderea astfel incat copilul urmator nici sa nu afle ca a mai fost altul inaintea lui. Acest lucru i s-a intamplat lui Judy. Primul copil al parintilor sai a fost un baiat care a murit cand era inca un bebelus. Ulterior, acestia au mai avut un copil, o fata, apoi un al treilea, pe Judy, care ar fi trebuit sa fie substitutul copilului pierdut. Acest lucru nu a fost verbalizat direct si, evident, nu i s-a comunicat. Dar, de-a lungul anilor, desi parintii nu au vorbit despre copilul decedat, constiinta acestui frate licarea mereu intr-un coltisor al mintii ei. Subconstient, ea a incercat sa se revanseze pentru toate lucrurile pe care el le-ar fi putut face, inclusiv o serie de interese, activitati, hobby-uri masculine.

Dar dupa multi ani, cand mama sa era in ultima faza a unei boli de cancer, Judy a insistat ca parintii ei sa discute despre fratele mort – dezamagirile lor fata de el si asteptarile fata de ea. Nu i-a fost usor, dar a insistat pana cand parintii ei au putut recunoaste constient care erau dezamagirile si asteptarile lor. Desi aceasta a presupus eforturi mari si rezistente pe masura din partea parintilor, ea a simtit ca era vital sa clarifice aceste lucruri inainte de moartea mamei sale. Din fericire, eforturile ei au fost incununate cu succes si a fost capabila apoi sa depaseasca aceasta mostenire si sa inceapa sa traiasca pentru ea insasi.

Nu rareori se intampla ca fratii supravietuitori sa fie neglijati la scurt timp dupa moartea celuiilalt. Uneori se presupune ca ei sunt prea mici pentru a intelege pierderea sau ca au nevoie sa fie protejati de ceea ce este inteles ca o situatie morbida. Cel mai adesea, copiilor nu li se da atentie de care au nevoie, pentru ca adultii se afla intr-o stare de trauma care nu le permite nici sa aiba grija de ei insisi. In astfel de situatii retelele de suport pot fi de ajutor copiilor in diminuarea reactiilor obisnuite si a sentimentelor pe care le incearca un copil cand pierde un frate.

Pentru copii este dificil sa decida ce poate fi spus prietenilor si cum sa gestioneze reactiile celorlalti la aflarea vestilor. De multe ori, din cauza durerii pe care si ceilalti o simt, copiilor le e teama sa se joace sau sa se simta fericiti,

pentru ca nu vor ca acestia sa creada ca nu le pasa de fratele sau sora pierduta (Schumacher, 1984).

Fara o comunicare deschisa si onesta, copiii vor cauta propriile raspunsuri la intrabarile care sunt de cele mai multe ori peste puterea lor de intelegere. Mai cu seama parintii trebuie sa corecteze gandirea magica legata de moarte pentru a stabili o legatura emotionala cu copilul ramas. Acesta este un moment crucial care ii poate afecta dezvoltarea personalitatii si abilitatea de a stabili si mentine relatii in viitor (Schumacher, 1984).

Experienta parintilor care au pierdut un copil are un mare impact asupra familiei. Pierderea unui copil, indiferent de varsta, poate fi unul dintre cele mai devastatoare neazuri, al carui impact este resimtit ani de zile. Legaturile parentale sunt puternice. Ele reflecta atat aspecte din personalitatea parintilor, cat si dimensiuni istorice si sociale. Klass scrie:

Pentru parinte, copilul reprezinta atat cel mai bun, cat si cel mai rau eu al acestuia. Dificultatile si ambivalentele din viata parintelui se manifesta in legatura pe care aceasta o stabileste cu copilul. Copilul este nascut intr-o lume plina de sperante si asteptari, intr-o lume de incalcite legaturi psihologice, intr-o lume cu propria sa istorie. Legatura dintre copil si parinte poate fi si ea o reiterare a legaturii dintre parinte si parintele sau, astfel incat copilul poate fi perceput ca o lauda sau un judecator pentru eul parintelui sau. Chiar din ziua in care copilul se naste, aceste sperante si asteptari, legaturi, aceasta istorie se repeta in relatia dintre el si parintele sau. [Klass & Marwit, 1988, p. 178]

Determinantii durerii despre care am amintit mai sus vor afecta experienta personala a unei astfel de pierderi. Astfel de pierderi sunt adesea bruste si neasteptate – copiii ar trebui sa traiasca mai mult decat parintii lor. Multi copii mor in accidente, ceea ce ii face pe parinti sa se indoiasca de vigilenta lor, de vreme ce unul dintre rolurile unui parinte este de a proteja copilul. Aceasta duce la puternice sentimente de vinovatie.

Prietenii si familia nu stiu cum sa raspunda la asemenea pierderi si cum sa isi arate sprijinul. Aceasta se intampla cu atat mai mult cu cat ne aflam mai departe pe axa timpului de pierdere. Am lucrat cu mame ai caror prieteni spuneau ca ar trebui sa treaca peste pierdere, tinand cont de faptul ca a trecut mai mult de un an de cand copilul a murit.

Desi ambii parinti au pierdut copilul, experienta durerii este diferita, in functie de relatia fiecaruia cu el si de stilul de a face fata al fiecaruia. Aceste diferente pun presiune pe relatia maritala si aceasta determina la randul ei tensiuni si aliante in cadrul familiei.

Adesea parintii sunt surprinsi de propriile nevoi si reactii pe care le declanseaza moartea unui copil. Gravitatea pierderii scoate la suprafata nevoia de apropiere si intimitate, dar unii parinti sunt surprinsi sau se simt vinovati cand isi doresc sa isi satisfaca aceste nevoi prin sexualitate. Este important pentru ei sa recunoasca si sa inteleaga aceste nevoi ca facand parte din mersul firesc al lucrurilor.

Doliul pentru copil devine mai dificil atunci cand parintii sunt divortati. De regula, parintii sunt uniti in acest moment de criza si aceasta apropiere poate evoca emotii puternice si comportamente extreme, de la empatie si grija la o lupta pe viata si pe moarte pentru putere si control. Dar intr-o astfel de situatie este imposibil sa obtii acel control pe care il doresti cu adevarat – recuperarea unei vieti pierdute (Burns, 1980).

Pasii diferiti ai doliului trebuie parcursi. Pentru multi parinti care au ramas fara un copil, realitatea pierderii este o lupta intre a crede si a nu crede. Pe de o parte, stiu ca a murit copilul, pe de alta parte, nu vor sa creada asta. Felul cum se raporteaza la lucrurile copilului pierdut reflecta de cele mai multe ori aceasta ambivalenta. Unii parinti pastreaza intacta camera unui copil ani de zile.

Emotii puternice, printre care furie, vinovatie, invinovatie apar adesea. Astfel se emotii sunt exprimate si gestionate cel mai bine in grupuri de suport precum Societatea Prietenilor Plini de Compasiune, unde cei cu experiente similare sunt ascultati cu empatie. Multe persoane care nu au trecut printr-o astfel de pierdere cred ca ultimul lucru pe care un parinte caruia i-a murit un

copil vrea sa il faca este sa vorbeasca despre asta. Dar acest lucru este exact ceea ce isi doresc majoritatea.

Este foarte dificil pentru parinti sa indeplineasca sarcinile din gupa IV. „Aceleasi ambivalente si reprezentari multiple pe care le-am intalnit in relatia cu copilul sunt p[re]zente in procesul de cautare a echilibrului dupa ce acesta a decedat.” (Klass & Marwit, 1988, p. 73) Cu toate acestea este posibil ca lupta pentru integrarea mortii sa fie un prilej de constientizare de sine si crestere personala. (Klass & Marwit, 1988)

### **Copiii ai caror parinti au murit**

Un alt subiect important este acela al copiilor ai caror parinti au murit. Cand aceasta se intampla in copilarie sau adolescenta, copilul poate sa nu treaca printr-un travaliu adecvat de doliu si, mai tarziu in viata, sa prezinte simptome de depresie si incapacitatea de a lega relatii apropiate. Dupa cum am explicat in capitolul despre terapia durerii, interventia se centreaza pe reactivarea proceselor de doliu, ceea ce va avea ca rezultat imbunatatirea simptomelor pacientilor si capacitatea acestora de a-si relua activitatile puse in asteptare.

De-a lungul anilor s-au iscat controverse, generate in special de scolile psihanalitice, referitor la capacitatea copiilor de a jeli, de a purta doliu. Pe de o parte, cercetatori precum Martha Wolfenstein, spun ca un copil nu este capabil sa jeleasca pana la formarea completa a identitatii, ceea ce se intampla la finele adolescentei, cand persoana este diferentiata complet (Wolfenstein, 1966).

Pe de alta parte, cei ca Erna Furman si asociatii sai, adopta pozitia opusa si afirma ca pot jeli si copiii, incepand cu varsta de trei ani, cand este atinsa constanta obiectului (Furman, 1974), iar Bowlby coboara varsta la 6 luni (Bowlby, 1960).

Controversa se axeaza in parte pe definitia doliului. Daca acesta implica detasarea de obiectul atasamentului si acceptarea ca fiecare este o entitate separata, atunci, conform lui Wolfenstein, copiii nu pot jeli din cauza limitelor lor

privitor la testarea realitatii, constanta obiectului si a faptului ca folosesc mecanisme regressive de a face fata pierderii si gasesc rapid obiecte de substituit.

Mai exista si cei ca mine care au o alta parere – copiii sunt si ei in stare sa jeleasca si ceea ce se impune este gasirea unei modalitati de a depasi doliul specifica varstei lor, si nu sa impunem modelul adult. Desi copiii manifesta comportamente care exprima durerea cand relatiile de atasament se rup, principala preocupare tine de dezvoltarea cognitiva a copilului. Oamenii ai nevoie de o anumita dezvoltare cognitiva pentru a intelege moartea pentru ca nu pot integra ceva ce nu inteleg. Iata cateva concepte necesare pentru intelegerea mortii: (1) timpul, inclusiv eternitatea; (2) transformarea; (3) ireversibilitatea; (4) cuzalitatea; si (5) operatiile concrete (Polombo, 1978). In studiile sale, Piaget afirma ca operatiile concrete apar la copiii mai mari de sapte – opt ani (Piaget & Inhelder, 1969).

Conform cunostintelor pe care le avem in prezent referitoare la dezvoltarea copiilor, sub 18 – 24 de luni, copilul nu intelege complet ca un obiect fizic are o existenta separata de perceptia lui senzoriala si dincolo de manipularea sa (Flavell, 1977). Intre doi si cinci ani, aceasta constanta a obiectului este atinsa si copilul intelege mai bine, desi nu complet, moartea. La varsta aceasta, copiii manifesta mai multe dintre starile de spirit ale adultilor legate de experienta pierderii, dar exista riscul ca ei sa vada in asta responsabilitatea lor sau o urmare a faptului ca au facut ceva rau. Tot la aceasta varsta, copiii prezinta o tendinta puternica de a idealiza parintele pierdut.

Intre cinci si sapte ani, copilul intelege mai bine ideea de moarte din punct de vedere cognitiv, dar Eul lor nu este suficient de puternic pentru a gestiona aceste sentimente puternice. Intre varsta de sapte ani si adolescenta, copilul abordeaza doliul aproape ca un adult si, cu o intelegere mai completa si abilitati mai bune de a face fata. Duipa cum observam, pierderile datorate mortii sunt traite si exprimate diferit in diverse faze ale dezvoltarii.

Practicianul sanatatii mentale trebuie sa aiba in vedere cateva lucruri atunci cand are de a face cu copiii carora le-au murit parintii (Polombo, 1978):

1. Copiii jelesc si ei, dar diferentele in purtarea doliului sunt determinate de dezvoltarea cognitiva si emotionala a fiecaruia.
2. Moartea unui parinte este, desigur, o trauma, dar nu duce neaparat la un blocaj in dezvoltare.
3. Copiii intre cinci si sapte ani reprezinta o categorie mai vulnerabila. Cognitiv, s-au dezvoltat suficient incat sa inteleaga o parte dintre schimbarile permanente care survin odata cu moartea, dar mecanismele lor de aparare nu sunt suficient de bine dezvoltate. Adica, Eul si abilitatile lor sociale nu sunt suficient de bine dezvoltate pentru a pune in functiune defensele. Acestei categorii ar trebui sa i se acorde o atentie speciala de catre consilier./
4. De asemenea, este important sa intelegem ca travaliul de doliu nu se va finaliza la adulti ca si la copii. Doliul dupa o copilarie pierduta poate fi activat in multe momente ale vietii unui adult, cand se confrunta cu evenimente de viata marcante. Unul dintre cele mai des intalnite exemple este acela cand copilul atinge varsta pe care o avea parintele cand a murit. Cand doliul este reactivat, nu ne asteptam in mod necesar la un comportament patologic, ci mai degraba la greutatile de a trece peste acest moment.
5. Este important sa se aiba in vedere metode preventive de abordare pentru copiii care au suferit o astfel de pierdere. Aceiasi pasi pentru travaliul de doliu pe care i-am descris pentru adult se vor aplica si la copiii, cu mentiunea ca ei trebuie intelesi si modificati in functie de dezvoltarea cognitiva, personala, sociala si emotionala a copilului.

## **Modalitati de interventie**

Dupa ce survine un deces, solicitati supravietuitorilor atat intalniri individuale, cat si de familie. Scopul unor astfel de intalniri cu familia este nu doar de a facilita sarcinile I si II ale travaliului de doliu – cu accent pe exprimarea afectelor pozitive si negative fata de persoana decedata in cadrul sarcinii II – dar si de a identifica o parte din rolurile pe care le indeplinea persoana decedata si modul in care aceste roluri sunt preluate sau respinse de catre membrii familiei – sarcina III. In cazul mortii tatalui, o parte dintre aceste roluri vor fi date fiului mai mare. Acesta fie a preluat sarcinile, reprimand multe emotii, fie a refuzat rolul, spre frustrarea celui alt parinte sau a altor rude care vor sa lase acest rol mostenire.

Identificarea modului cum sunt restructurate rolurile este in special de ajutor atunci cand exista adolescenti in familie. Temerile si dorinta lor de a prelua diferite sarcini pot fi negociate. Cu toate acestea, este dificil pentru parintii ramasi sa negocieze singuri aceste lucruri dupa pierderea suferita. De cele mai multe ori, familia ajunge sa se cicaleasca, sa intre in conflict sau sa se retraga emotional. Un aspect important al terapiei de familie este sa ajutam membrii acestei familii sa gestioneze dificultatile reale si problemele secundare.

Atribuirea de roluri se face adesea subtil si nonverbal, dar exista si situatii cand se cere verbal. La varsta de 15 ani, Jerry, ajuns acasa de la scoala, a gasit casa plina de vecini in jurul mamei sale care se straduia din rasputeri sa nu planga. Unchiul sau i-a spus ca tatal a murit pe neasteptate si ca el va fi „barbatul in casa” pentru ca este baiatul cel mai mare. Aceasta se datora in parte traditiei familiei ebraice. Pentru ca fusese desemnat capul casei, acest baietel coplezit de eveniment trebuia sa ia decizii precum daca ar trebui sa lase cosciugul deschis sau nu in timpul ceremoniei. El a fost capabil sa ia aceste decizii, dar ceea ce familia sa nu stia era cat de responsabil si impovarat se simtea fata de fratele sau, mai mic cu patru ani. Aceste temeri s-au agravat, pentru ca mama sa i-a acordat foarte putin sprijin pe parcursul perioadei acesteia. Abia ca adult, la varsta de 30 de ani, Jerry si-a dat seama cat de distructiva a fost aceasta situatie de-a lungul anilor in relatia sa cu fratele si a putut sa verbalizeze cat de grea a fost aceasta povara.

Cand Jerry a reusit sa marturiseasca aceste lucruri mamei sale, ea i-a spus ca nu este responsabil, eliberandu-l de povara. La scurt timp dupa aceea, cu ajutorul terapiei, el a inteles cum aceasta suprasensibilizare fata de fratele sau si-a pus amprenta asupra relatiilor sale de cuplu de-a lungul anilor, nepermitandu-i sa-si asume un angajament. Daca mama sa nu l-ar fi despovarat, el se indoieste ca ar fi putut avea o relatie satisfacatoare, ca cea de care se bucura acum. Nimeni, inclusiv pacientul, nu il invinovateste pe unchi de rele intentii, dar este o mostenire greu de purtat 15 ani, care arata cat de important este sa discuti cu copiii despre ceea ce simt si isi imagineaza dupa un deces in familie.

Un subiect legat de roluri este acela al aliantelor. In orice familie, se formeaza variate aliante diadice. De regula, acestea servesc diferitelor nevoi de putere pe care le au indivizii. De asemenea, au si rol de crestere a imaginii de sine. Oricine studiaza aceste familii sociometric, poate localiza intr-o diagrama aceste aliante. Cand un membru important al familiei moare, dezechilibrand unitatea familiala, se formeaza noi aliante. Demersurile pentru aceste noi aliante pot determina multa tensiune in familie.

Bowen sugereaza ca multe relatii diadice se trianguleaza pentru a indeparta o parte din anxietatea si tensiunea unei relatii diadice (Bowen, 1978). Dupa moartea unui membru, se face simtita nevoia de a schimba si reechilibra triunghiurile familiale. Multe aliante vor trebui schimbate. Daca totusi nu este gasit un substitut, membrul afectat va cauta homeostazia intr-o boala emotionala, fizica sau sociala (Kuhn, 1977).

O alta problema care poate aparea intr-o familie dupa un deces este cautarea tapului ispasitor. Pe tot parcursul acestei carti, am abordat furia si importanta felurilor in care ea este folosita de catre cei ramasi in viata. O modalitate disfunctionala de a utiliza furia este deplasarea; de asemenea, una dintre cele mai putin eficiente modalitati de a aborda furia vis-a-vis de deplasare in cadrul familiei este gasirea tapului ispasitor. Unul dintre membrii familiei devine tinta maniei, furiei si invinuirilor pentru deces. Uneori, acest rol de tap ispasitor este impus unui membru mai mic si mai vulnerabil al familiei. Am vazut recent o



fetita de 6 ani a carei mama a invinuit-o pentru moartea fratelui sau mai mic si a trimis-o sa locuiasca la rude.

Terapia de familie mai poate servi scopului de a reduce impactul doliului incomplet sau al efectelor asupra interactiunilor si vietii de familie. Doliul incomplet este o defensiva persistenta impotriva altor pierderi si dezamagiri si poate fi transmis fara voie si altor membri ai familiei, in special copiilor. Pentru a depasi acest obstacol, psihiatrul Norman Paul si colegii sai au dezvoltat ceea ce el numeste „doliu operational” si l-a folosit in terapia de familie (Paul & Crosser, 1965; Paul, 1986).

Doliul operational presupune inducerea unui raspuns de doliu prin intrebarea directa a unuia dintre membrii familiei cum a reactionat la pierdere. Apoi, ceilalti membri sunt rugati sa vorbeasca despre sentimentele care le-au fost trezite de faptul ca au fost martori la reactiile de durere ale primei persoane. Astfel copiii, de multe ori pentru prima data, isi aud parintii exprimand emotii puternice. Aceasta da ocazia terapeutului sa normalizeze astfel de sentimente. Este si o ocazie de a investiga temerile ca va fi abandonat de un parinte sau alt membru semnificativ al familiei. In timpul acestor perioade de doliu activat, membrii familiei sunt incurajati sa isi impartaseasca trairile si sa reactioneze empatic la trairile exprimate de ceilalti. In utilizarea acestei proceduri, Paul a intampinat multe rezistente si multa negare la membrii familiei, dar daca aceste rezistente sunt depasite, interventia este foarte benefica.

### **Suferinta persoanelor de varsta a III-a**

Un aspect care afecteaza sistemul familial este cresterea populatiei de varsta a III-a care sufera pierderi. Desi varsta maxima de viata la oameni nu a crescut semnificativ in ultimii ani, numarul persoanelor de 70 – 80 de ani a crescut si continua sa creasca. Aceasta crestere aduce cu ea un numar mai mare de oameni in varsta care se confrunta cu pierderi, in special, decesul partenerilor de viata. Vaduvia afecteaza trei din patru femei. In 1984 erau 7,8 milioane de

vaduve peste 65 de ani in SUA si 1,5 milioane de vaduvi. Desi experienta pierderii este conturata de determinanti discutati mai sus, merita sa evidentiem cateva trasaturi deosebite intalnite la batrani.

*Interdependenta.* Multe persoane vaduve de varsta a III-a au fost casatorite o perioada lunga de timp, ceea ce a dus la un atasament profund si la impamantarea unor roluri familiale. In orice casnicie exista interdependenta. Totusi, in astfel de mariaje indelungate, este posibil sa se dezvolte dependente intre soti. Cu cat membrul care a supravietuit a depins mai mult de partenerul sau in anumite activitati, cu atat adaptarea la pierdere va fi mai grea.

*Pierderile multiple.* Cu varsta, numarul de decese in randul familiei si prietenilor creste. Cresterea acestui numar de pierderi intr-un timp scurt poate coplesi o persoana, care nu va mai jeli. Alaturi de pierderile prietenilor, rudelor, membrilor familiei, exista si alte pierderi pe care persoanele in varsta le pot trai. Printre acestea se numara pierderea ocupatiei, a mediului familiar, a constelatiilor familiale, a puterii fizice, inclusiv deficiente fizice, diminuarea simturilor, iar, pentru unii, pierderea functiilor cerebrale. Toate aceste schimbari, pe langa pierderile prin moarte, trebuie jelite. Dar capacitatea de a traversa o perioada de doliu poate fi diminuata de numarul mare de pierderi intr-o perioada scurta de timp.

*Constiinta propriei morti.* Asistarea la pierderea celor contemporani, precum partenerul de viata, prieteni sau frati creste constientizarea propriei morti. Aceasta poate duce la anxietate existentiala. Este nevoie ca terapeutul sa se simta confortabil in a discuta despre simtul propriei mortalitati al persoanei care a suferit o pierdere si sa fie constient de masura in care constiinta mortii l-ar putea tulbura.

*Singuratatea.* Multi batrani care au suferit pierderi prin moarte traiesc singuri. Un studiu efectuat de Lopatta arata ca vaduvii mai tineri au tendinta de a

se muta dupa un deces, in timp ce aceia mai batrani tind sa ramana in casa in care s-a produs decesul (Lopatta, 1979). Faptul ca locuiesc singuri ii face sa se simta extrem de singuri, mai ales daca traiesc in acelasi mediu fizic pe care l-au impartasit cu partenerul de viata. Unii batrani nu pot trai singuri dupa moartea partenerilor si au nevoie sa fie institutionalizati. Exista dovezi care sustin faptul ca mortalitatea creste la batranii care au fost constransi sa plece din casele lor dupa ce si-au pierdut sotii.

*Ajustarea rolului.* Pentru barbatii in varsta, pierderea sotiei si efectele acesteia asupra vietii de zi cu zi pot fi mai mari decat pentru femei. Multi barbati se confrunta cu roluri noi, indeosebi gospodaria, si au nevoie sa se adapteze la noua situatie. Atunci cand o femeie isi pierde sotul, de regula nu intalneste acelasi nivel de dezechilibrare vis-a-vis de increderea in capacitatea de a mentine gospodaria. Exista anumite interventii terapeutice in lucrul cu batranii care au suferit pierderi.

*Grupuri de suport.* Grupurile de suport pentru cei care au suferit astfel de pierderi sunt importante pentru orice varsta, dar cu atat mai mult pentru cei in varsta, pentru care reseaua de suport este adesea diminuata si la care izolarea este mai pronuntata. Grupurile de suport pot oferi contactul uman atat de important pentru cei singuri. Intr-un studiu recent, Lund a descoperit ca atat femeile, cat si barbatii in varsta sunt dispusi sa participe la astfel de grupuri. Cei mai dornici sa participe sunt cei ai caror confidenti nu mai sunt la fel de disponibili ca inainte, cei cu un grad de depresie mai mare si cu un nivel de satisfactie a vietii mai mic si cei care simt ca nu mai fac fata. De asemenea, batranii din grupa de varsta 50 – 69 de ani sunt mai dispusi sa participe decat cei care trec de acest prag (Lund, Diamond, Jurelich, 1985).

*Atingerea.* O alta metoda de interventie eficienta este atingerea. Multe persoane, dar mai ales barbatii care au fost casatoriti o perioada lunga de timp si au ramas vaduvi, simt o mare nevoie sa fie atinsi. Fara stii lor, le este greu sa

isi satisfaca aceasta nevoie. Un terapeut care abordeaza confortabil contactul fizic, poate include atingerea in lucrul cu batranii vaduvi. Totusi, de fiecare data cand atingerea este folosita terapeutic, terapeutul trebuie sa se asigure ca interventia este potrivita si daca persoana este pregatita si de acord sa fie atinsa.

*Amintirile.* O alta interventie terapeutică o reprezintă amintirile, ceva comun batranilor, care poate fi stimulat în cadrul populației de batrâni care au suferit pierderi. Evocarea este un fel de trecere în revistă a vieții. Este un proces natural care readuce progresiv în conștiința persoanei experiențe trecute, în special conflicte nerezolvate. Se considera că evocarea are o funcție adaptativă pentru populația în vârstă și că nu este un semn de declin intelectual.

Evocarea contribuie la menținerea identității. Deși persoana i-a pierdut pe cei dragi, reprezentările mentale ale acestor persoane se mențin. Prin procesul evocării, se poate lucra asupra trecutului. Terapeutul poate încuraja incursiunea în amintiri a clientului său, iar acest lucru are un efect salutar, mai ales în cazurile de văduvie. Cei în vârstă nu pierd niciodată cu adevărat pe cel care a murit, de vreme ce reprezentarea acestuia este atât de bine internalizată și semnificativă în prezent (Moss & Moss, 1984).

*Discuțiile despre relocare.* Terapeutul poate ajuta persoana în vârstă să decidă dacă ar trebui să se mute sau nu din casă. Desigur, această decizie depinde de capacitatea persoanei de a avea grijă de ea. Cu toate acestea, nu trebuie subestimată importanța unei case unde persoana văduvă a trăit o perioadă lungă de timp și care reprezintă un adevărat album cu amintiri. Mutarea din casă poate reduce simțul de sine al persoanei și poate dilua legătura cu cel decedat. Posibilitatea de a rămâne în casele lor le dă batranilor senzația de control asupra lor și le oferă un context în care își pot aminti părțile frumoase ale trecutului.

*Formarea abilităților.* Este posibil ca văduvii batrâni să devină prea dependenți de copiii lor adulți. Deși au suferit pierderi, acești batrâni au capacitatea de a-și forma noi abilități și se pot alege cu o imagine de sine mai

buna pe care si-o formeaza atunci cand sunt buni la ceva. O vaduva isi chema copiii continuu si le cerea sa faca reparatii in casa, precum hornul, chiar daca era necesar sa vin in mijlocul noptii. O vreme, copiii ei au facut asta cu placere, dar la un moment dat au inteles ca mama lor trebuie sa invete sa cheme un instalator si sa aiba singura grija de lucrurile pe care, inainte sa moara, le facea sotul ei. Ea a fost foarte rezistenta la aceste sugestii si s-a simtit respinsa de copiii. In cele din urma ratiunea a triumfat si cand a invatat sa se descurce in astfel de situatii cotidiene, ea a inceput sa se simta bine. Terapeutul trebuie sa tina minte ca stapanirea unor lucruri merge mana in mana cu stima de sine si ca poate aplica acest lucru la batrani si vaduvi.

In orice discutie legata de persoanele vaduve batrane, este important sa tinem minte ca cercetarile au demonstrat ca stresul suferit de acestea inaintea deceselor este mai mare decat dupa aceea. Cu atat mai mult, cu cat cel vaduv a avut grija de partenerul bolnav. Daca este asa, atunci interventia ar trebui sa inceapa mai devreme, nu abia dupa deces.

### **Familie versus nevoi individuale**

Inainte de a incheia acest capitol despre durere si sistemul familial, as vrea sa atrag atentia asupra a doua aspecte. In primul rand, e bine sa intelegem ca nu toti membrii unei familii vor lucra asupra acelorasi sarcini in acelasi timp. Fiecare membru va procesa o sarcina in ritmul si in modul propriu. Spre exemplu, durerea batranilor vaduvi se intinde pe o perioada mai lunga de timp, si uneori nu are un final. Familiile trebuie incurajate sa nu ii grabeasca sa incheie perioada de doliu. Recent, am vorbit cu o femeie al carui tata a murit cu patru luni inainte. Ea era foarte suparata pe mama sa pentru ca avea in continuare episoade lungi de plans. Am incercat sa o ajut sa inteleaga faptul ca acesta este un proces natural si ca, probabil, in timp, mama ei va plange mai putin.

Un alt punct de discutie important este acela ca o parte dintre membrii unei familii vor avea uneori retineri in a veni la terapie de grup. Dar, chiar si atunci cand intampina rezistenta, este important ca terapeutul sa incerce sa includa intreaga familie in proces. Familia actioneaza ca o unitate, in care fiecare individ il influenteaza pe celalalt. Cand terapeutul poate evalua sentimentele tuturor membrilor familiei, este mai mare probabilitatea ca terapia pentru durere sa fie eficienta si sa fie redat echilibrul intregii familii.

## Capitolul 8

### **Propria durere a consilierului**

Consilierea în domeniul durerii reprezintă o provocare specială pentru cei ce lucrează în domeniul sănătății mentale. Cei mai mulți dintre noi își aleg această profesie în beneficiul persoanelor care vin la noi să le ajutăm, dar există ceva în experiența durerii care împiedică abilitatea noastră de a ajuta.

BOWLBY se referă la aceasta când spune : *„Pierderea unei persoane iubite este una dintre cele mai intense experiențe dureroase prin care trece ființa umană și care este dureroasă nu numai ca experiență, ci și în calitate de martor al*

*acesteia, fie și numai pentru că suntem atât de neputincioși ca să oferim ajutor .”*  
(BOWLBY, 1970, pag. 7).

PARKES este în asentimentul celor de mai sus când spune : „ *Durerea este inevitabilă într-o asemenea situație. Își are originea în faptul că ambele părți conștientizează că niciuna nu-i poate oferi celeilalte ceea ce își dorește. Consilierul nu o poate aduce înapoi pe persoana decedată, iar persoana îndoliată nu îl poate gratifica pe consilier, arătându-i că a fost ajutată.*” (PARKES, 1972, pag. 163).

Întrucît, experiența durerii face dificil să fim sau să simțim că îi suntem de ajutor persoanei îndoliate, consilierul poate simți cu ușurință frustrare și mînie. Sau, consilierul poate simți un disconfort, fiind martorul durerii celeilalte persoane, astfel încît acest disconfort să-l facă să scurteze relația cu clientul său.

Ca o completare la provocarea pentru nevoia noastră de a fi de ajutor, experiența doliului altora atinge personalitatea consilierului în cel puțin alte 3 feluri.

În primul rînd, lucrul cu persoana îndoliată ne face să conștientizăm, uneori, dureros, propriile noastre pierderi. Aceasta este cu atît mai adevărat cu cît pierderea prin care trece persoana îndoliată este asemănătoare pierderilor pe care le-am suferit în viața noastră. Dacă pierderea nu a fost rezolvată adecvat în viața consilierului, poate fi un impediment pentru o intervenție cu sens și de ajutor. Dacă a fost integrată adecvat, experiența consilierului cu o pierdere similară poate fi binefăcătoare și folositoare în lucrul cu clientul. Consilierului care și-a pierdut recent soțul sau soția prin moarte sau divorț, îi va fi dificil, dacă nu chiar imposibil să lucreze cu o persoană care a suferit o pierdere similară. Oricum, dacă consilierul a depășit doliul și a găsit semnificația pierderii, aceasta poate fi folositoare și de ajutor pentru intervenția din cadrul consilierii. „*Tratamentul persoanelor îndoliate trebuie să aibă ca punct de plecare*

*compasiunea bazată pe recunoașterea vulnerabilității generale a ființelor umane în fața pierderii.” (SIMOS, 1979, pag. 177).*

O a doua zonă în care durerea sau suferința pot constitui o piedică se referă la propriile pierderi de care îi este teamă consilierului. Toți cei care lucrăm în acest domeniu am suferit diferite pierderi în cursul vieții, dar, totodată, ne plasăm în situațiile de consiliere cu teamă pentru pierderile ce pot apărea, de exemplu, părinții, copiii, partenerii noștri. De obicei, temerea este la un nivel scăzut de conștientizare. Oricum, dacă pierderea suferită de clientul nostru este asemănătoare cu cea pentru care avem cea mai mare teamă, această temere poate constitui o piedică în calea unei relații eficiente de consiliere.

De exemplu, dacă consilierul este hiperanxios din cauza posibilei morți a copiilor săi și această anxietate este materializată într-o relație hiperprotectoare, consilierului îi va fi foarte greu să lucreze cu cineva al cărui copil a murit. Aceasta este cu atât mai adevărat cu cât consilierul nu și-a conștientizat anxietatea și nu s-a ocupat de această problemă.

O a treia zonă în care consilierea în domeniul durerii prezintă o provocare specială pentru cei care lucrează în domeniul sănătății mentale, se referă la propria anxietate existențială și conștientizarea propriei morți. Într-o lucrare anterioară am abordat această problemă și cum tipul de conștientizare poate face o persoană să fie mai eficientă sau mai puțin eficientă ca ființă umană (WORDEN, 1976). Atunci când un client vine la consiliere pentru durere, consilierul trebuie să se confrunte cu inevitabilitatea morții și cu măsura în care el sau ea nu se simt confortabil cu această inevitabilitate în propria lor viață. Această situație este în mod special dificilă atunci când persoana pierdută de client este asemănătoare clientului ca vîrstă, sex sau statut profesional, toate putînd să crească în mare măsură anxietatea consilierului. Fiecare dintre noi are o anxietate mai mare sau mai mică referitoare la propria moarte, dar este posibil



să iasă la suprafață ca o realitate, să nu mai fie un subiect ascuns, făcându-ne să nu ne simțim confortabil și împiedicându-ne să fim eficienți.

Întrucât consilierea celor aflați în suferință reprezintă o provocare specială pentru cei care lucrează în domeniul sănătății mentale, noi îi încurajăm pe consilieri, în cadrul programelor de formare, să-și exploreze propria istorie a pierderilor. Considerăm că aceasta îi poate face consilieri mai eficienți. În primul rând, îl poate ajuta pe consilier să înțeleagă mai bine procesul jelierii, ceea ce este asemănător cu a trece prin experiența durerii și cum se desfășoară procesul vindecător al jelierii. Nimic nu se compară, referitor la o pierdere semnificativă a cuiva, cu a-și da seama de realitatea procesului de jelire. De asemenea, îi oferă consilierului o înțelegere a metodelor de a face față și o idee despre cât poate dura procesul pînă cînd dobîndește rezolvarea adecvată.

În al doilea rând, prin explorarea istoriei personale a pierderilor, consilierul poate să-și dea seama de tipurile de resurse disponibile pentru cel îndoliat. Aceasta include nu numai ce a fost de ajutor pentru sine cînd a suferit anumite pierderi, dar și ceea ce nu a fost de ajutor. O explorare a acestora din urmă poate să ducă la o intervenție mai creativă din partea consilierului, adică să știe nu numai ce să spună, dar și ce să nu spună. Atunci cînd se raportează la pierderile personale, consilierul poate să identifice propriul stil de a face față și cum acesta îi afectează comportamentul într-o intervenție de consiliere.

Clientul poate, de asemenea, să identifice orice problemă nerezolvată ce vizează pierderile anterioare. Principiul psihologic al lui ZEIGNERIK arată că orice sarcină nerezolvată va fi reamintită pînă cînd este soluționată. Consilierul care și-a înțeles propria viață, va fi capabil să facă față sincer și direct acelor pierderi care nu au fost deplînse adecvat la vremea lor și ce anume trebuie să facă pentru rezolvarea acelor pierderi. Nu este important doar să identifice pierderile rămase nerezolvate pînă în prezent, ci și să identifice conflictul despre care acele pierderi îl avertizează pe consilier și modalitatea în care acel conflict poate fi identificat și abordat.

În primul rând, examinarea propriei suferințe îl va ajuta pe consilier sau pe terapeut să își cunoască limitele în ceea ce privește tipurile de clienți și tipurile de situații de durere pe care este capabil să le abordeze. Cu câțiva ani în urmă, ELISABETH KÜBLER-ROSS și cu mine am intervievat, în cadrul unei cercetări, 5.000 de profesioniști în domeniul sănătății mentale cu privire la îngrijirea bolnavilor aflați în fază terminală (WORDEN & KÜBLER-ROSS, 1977). Una dintre zonele noastre de interes viza dificultățile pe care le aveau cei care îngrijeau pacienți muribunzi. Dintre cei care au participat la cercetarea noastră, 92% au raportat că există unul sau mai multe tipuri de pacienți cu care au avut dificultăți deosebite. Tipurile de pacienți variau considerabil, deși exista un anumit cluster pentru diferitele grupuri profesionale. Întrucât nu oricine poate lucra adecvat cu toate tipurile de pacienți muribunzi, este foarte important ca cel care îl îngrijește să-și cunoască propriile limite și să îl trimită altor colegi care se pot ocupa mai eficient de anumite cazuri.

Asemenea limite constituie o realitate pentru consilierul în domeniul durerii. Este important ca acesta să știe cu ce tip de client aflat în suferință nu poate lucra eficient și să poată să îl trimită altui coleg sau să aibă un sprijin când are de-a face cu un astfel de client. Una dintre modalitățile subtile cu care se amăgesc profesioniștii din domeniul sănătății mentale este aceea că sunt capabili să rezolve orice problemă. Este evident că lucrurile nu stau așa, iar consilierul matur își cunoaște limitele și știe când să-l trimită pe client la un alt coleg. Tipul de client cu care consilierul în domeniul durerii are dificultăți personale are legătură, de obicei, cu zonele de conflict nerezolvate ale consilierului.

În acest punct, aș dori să vă sugerez să examinați propriul istoric al pierderilor. Mai jos, veți găsi o serie de întrebări. Notați răspunsurile fie pe carte, fie pe o foaie separată și reflectați un timp asupra răspunsurilor voastre. Dacă este posibil, discutați aceasta cu un prieten sau un coleg. Această meditație asupra

propriei vieți se va dovedi profitabilă mai târziu, ajutându-vă să fiți mai eficienți în activitatea dumneavoastră.

1. Primul deces pe care mi-l amintesc a fost moartea lui .....
2. Aveam vârsta de .....
3. Sentimentele pe care mi le amintesc că le-am avut atunci au fost .....
4. Prima înmormîntare (priveghi sau alt ritual) la care am participat a fost a lui.....
5. Aveam vârsta de .....
6. Lucrul pe care mi-l amintesc cel mai bine de la acea experiență a fost.....
7. Cea mai recentă pierdere a cuiva prin deces pe care am trăit-o (persoană, dată, circumstanțe).....
8. Am                făcut                față                acestei                pierderi prin.....
9. Cea mai dificilă pierdere prin moarte pentru mine a fost moartea lui.....
10. A fost dificilă pentru că.....
11. Dintre persoanele importante din viața mea, care acum sunt în viață, cea mai dificilă pierdere prin moarte a cuiva ar fi moartea lui.....
12. Ar fi dificilă pentru că.....
13. Stilul meu de bază de a face față pierderii este.....
14. Am știut că propria durere a fost rezolvată atunci cînd.....
15. Este potrivit pentru mine să împărtășesc experiența durerii cu un client atunci cînd.....

## **Stres și extenuare (burnout)**

Există și în prezent un mare interes printre profesioniștii din domeniul îngrijirii sănătății în ceea ce privește problema burnout-ului și a managementului stresului. Un centru de interes îl constituie lucrătorii din domeniul sănătății care lucrează cu pacienți care suferă de boli în fază terminală și cu familiile acestora. Mulți dintre consilierii pentru deces lucrează cu bolnavi aflați în fază terminală, avînd contact atît cu cel decedat, cît și cu familia acestuia, înainte de deces. MARY VACHON a comparat stresul personalului care lucrează într-un azil cu stresul personalului care lucrează într-un spital general de boli grave. Ea a întîlnit stresul în ambele situații și a concluzionat că cea mai bună îngrijire o oferă pacienților personalul care conștientizează că și el are nevoi (VACHON, 1979).

Întrucît, o mare parte din activitatea mea la Spitalul General din Massachusetts s-a desfășurat cu pacienți aflați în faza terminală a bolii, ca și cu problemele familiilor legate de deces, am fost, de asemenea interesat de problema stresului care afectează personalul. Există 3 indicații pe care aș vrea să le sugerez consilierilor care lucrează cu pacienți muribunzi. Prima este cunoașterea propriilor limite în ceea ce privește numărul pacienților cu care poate lucra în profunzime și de care se poate atașa în orice moment. Cineva poate lucra cu un număr de pacienți și să desfășoare o activitate adecvată, ar exista un număr limitat de pacienți muribunzi cu care cineva poate să lucreze și să aibă orice tip de relație de atașament profundă. Acest număr, desigur, variază de la o persoană la alta, dar este extrem de important pentru consilier să-și recunoască propriile limite, să nu se implice excesiv și să se atașeze de prea multe persoane muribunde. Dacă există atașament, va exista o pierdere pe care consilierul va avea nevoie să o jelească.

În al doilea rînd, un consilier poate evita epuizarea (burnout) practicînd jelitul activ. Atunci cînd un pacient moare, este important pentru consilier să treacă printr-o perioadă de jelire activă. Un lucru pe care eu îl consider de ajutor și îl

recomand personalului nostru este să participe la înmormîntarea persoanei de care s-a ocupat. Este de asemenea important să-și dea voie să trăiască tristețea și alte sentimente după moartea cuiva și să nu se simtă vinovat dacă nu jelește în același fel după fiecare deces.

În al treilea rînd, consilierul ar trebui să știe cum să apeleze la ajutor și de unde îi vine sprijinul. Uneori, acesta poate fi un lucru dificil de realizat pentru personalul de îngrijire medicală. După ce am ținut o conferință unui grup de antreprenori de pompe funebre în MIDWEST, am fost abordat de soția unuia dintre ei care era foarte preocupată din cauza soțului ei. Acesta suferise o pierdere importantă și nu se simțea bine. El putea să îi ajute pe alții să facă față suferinței, dar îi era foarte greu să găsească ajutor pentru sine. Experiența acestui bărbat este asemănătoare cu cea a multor consilieri. Consilierii sunt binecunoscuți pentru lipsa lor de abilitate de a negocia propriul ajutor și sisteme de sprijin. De aceea, aceia dintre dumneavoastră care se ocupă cu consilierea durerii și terapia durerii trebuie să știe :

1. de unde să obțină sprijin emoțional;
2. care vă sunt limitele;
3. cum să obțineți ajutor atunci cînd aveți nevoie.

Printre cei care lucrează în așezămintele instituționale cum sunt spitalele, sanatoriile și azilurile, sprijinul vine adesea de la ceilalți membri ai echipei de îngrijire, iar conducătorul echipei poate fi responsabil cu facilitarea acestui sprijin. Întîlnirile periodice ale personalului în care participanții sunt încurajați să vorbească despre problemele care apar la îngrijirea muribunzilor și în cadrul familiilor acestora și despre propriile sentimente asociate durerii și pierderii. Profesioniștii din domeniul sănătății mentale care nu fac parte din echipa de management pot fi, de asemenea, disponibili pentru alții pentru consultații private sau pentru echipă dacă ar avea nevoie de ajutor. Am oferit asemenea consultații personalului din cadrul Serviciului Ginecologic al spitalului timp de cîțiva ani.

PARKES, vorbind despre sprijinul acordat personalului care lucrează în așezămintele în care se produc numeroase decese, spune : „**Cu o peregătire și un sprijin adecvate, ne vom da seama că suferințele repetate, departe de a ne submina umanismul și grija, ne ajută să facem față cu mai multă încredere și mai multă sensibilitate fiecărei pierderi**” (PARKES, 1986, pag. 7). Consider că are dreptate.

VACHON, într-o lucrare recentă, a schițat procedura care ar putea fi folositoare în câteva așezăminte instituționale. După ce un pacient moare, asistenta medicală care l-a îngrijit înregistrează circumstanțele decesului, cine a fost prezent, reacțiile acestora și face o evaluare informală a membrilor de familie care ar putea prezenta un risc subsecvent pierderii. Asistența medicală exprimă sentimentele personale pe care le are în acel moment. În cursul aceleiași săptămîni, alți membri ai echipei ascultă înregistrarea, în timpul ședințelor organizate pentru întreaga echipă care l-a îngrijit pe decedat, pentru a discuta decesele care s-au produs. Înregistrarea este folosită nu numai pentru a oferi informații celor care nu au fost de față în momentul decesului, ci și pentru a stimula o discuție despre pierdere, pentru a împărtăși sentimentele care au fost generate de deces și pentru a evalua modul în care tratamentul ar fi putut fi diferit sau îmbunătățit. Fiecare membru al personalului semnează o scrisoare de simpatie care va fi trimisă membrilor familiei celui decedat după o lună (VACHON, 1987).

Ca parte integrantă a atenției asupra suferinței consilierului, aș dori să comentez cu privire la utilizarea voluntarilor, în calitate de consilieri nespecialiști. Propriile pierderi datorate decesului i-au motivat adesea pe oameni, în ultima decadă, să lucreze ca voluntari în cadrul diferitelor programe de sprijin a persoanelor îndoliate care nu solicitaseră ajutor social sau de altă natură. Multe programe din aziluri, atît de aici, cît și din străinătate, folosesc voluntari care au o anumită capacitate de a lucra cu persoanele muribunde și familiile lor. Aceasta este

valabil pentru multe programe VĂDUVĂ-CĂTRE-VĂDUVĂ, avîndu-și originea în activitatea timpurie a lui PHYLLIS R. SILVERMAN, care au fost foarte eficiente (SILVERMAN, 1986). Aceste programe apelează la văduve ca voluntari să se împrietenească și să ofere consiliere celor care au suferit recent o pierdere prin deces.

Voluntarii pot fi eficienți, dar convingerea mea fermă este că acei consilieri neprofesioniști ar trebui să fie oameni care au lucrat cu propria suferință și au experimentat cîteva grade de rezolvare. Am observat că, o parte dintre persoanele care au participat la diferitele workshopuri de pregătire pe care le-am condus în toată țara, experimentează o suferință acută, iar interesul lor pentru pregătiri ulterioare în domeniul consilierii durerii provine din nevoia de a lucra cu propria suferință. Consilierea durerii nu cred că este domeniul potrivit în care să lucreze un consilier care a suferit o pierdere recentă prin deces, întrucît există prea multe zone oarbe care împiedică o consiliere eficientă. Oricum, o persoană care a trecut printr-o experiență dureroasă căreia i-a găsit o oarecare semnificație are potențialul de a face o intervenție mai însemnată decît cineva care nu a experimentat pierderea și suferința.

GARFIELD și colegii săi din programul „SHANTI” din zona golfului din San Francisco au ajuns la concluzia că voluntarii care desfășoară munca cea mai eficientă sunt cei care au experiența satisfacției mutuale în relațiile interpersonale și ale căror motivații pentru muncă sunt relevante subiectiv. Ei recomandă ca programele care apelează la voluntari să fie organizate astfel încît să ofere formare, supervizare, sprijin și ocazia de a-și explora fiecare propriul stil de a face față și eficiența. Aceleași indicații sunt valabile și pentru profesioniștii din domeniu.

## Bibliografie

BOWLBY, J. (1980). Attachment and Loss: Loss, sadness and depression (vol. III). New York: Basic Books

GARFIELD, C.A., & JENKINS, G.J. (1981-1982). Stress and coping of volunteers counseling the dying and the bereaved. *Omega*, 12, 1-13

PARKES, C.M. (1972). Bereavement: Studies of grief in adult life. New York: International Universities Press

PARKES, C.M. (1986). Orienterring the caregiver's grief. *Journal of Palliative Care*, 1, 5-7

SILVERMAN, P.R. (1986). Widow to widow. New York: Springer Publishing Company

SIMOS, B.G. (1979). A time to grieve. New York : Family Service Association

VACHON, M.L.S. (1979). Staff stress in the care of the terminally ill. *Quality Review Bulletin*, 251, 13-17

VACHON, M.L.S. (1987). Occupational stress in the care of the critically ill, the dying & the bereaved. Washington: Hemisphere

WORDEN, J.W. (1976). Personal death awareness. Englewood Cliffs, NY: Prentice Hall

WORDEN, J.W. & KÜBLER-ROSS, E. (1977-78). Attitudes and experiences of death workshop attendees. *Omega*, 8, 91-106



## Capitolul 9

### **Formarea în domeniul consilierii durerii**

În anul 1976, MARY CONRAD, care era directorul de programe al Centrului Universitar din Chicago și cu mine, am decis să oferim un program de 2 zile pentru profesioniștii sănătății în domeniul consilierii durerii. Noi prezentasem anterior workshopuri concepute să-i ajute pe profesioniștii care lucrează în domeniul sănătății să facă față diferitelor aspecte ale îngrijirilor acordate în bolile terminale, dar am împărtășit convingerea că eforturile noastre de a ajuta la formarea profesioniștilor în acest tip de îngrijire nu ar fi depline dacă nu am aborda problemele care vizează consilierea durerii și terapia durerii.

Ne-am decis asupra unui format de 2 zile, astfel încât programul să fie cât mai cuprinzător posibil, nu numai pentru a prezenta materialul didactic, ci și pentru a-i ajuta pe participanți să-și sporească abilitățile atunci când se ocupă de persoane îndoliolate. A fost nevoie să fie abordată o largă varietate de probleme legate de zona mai largă a pierderilor prin deces. Am dorit să prezentăm nu numai informații despre teoria doliului și motivele pentru care este doliul necesar, ci am dorit, de asemenea, să abordăm aspecte de diagnostic diferențial între suferința normală și cea patologică și să ne îndreptăm atenția asupra intervențiilor speciale ce vizează durerea, cum ar fi durerea datorată morții subite sau pierderilor parțiale, cum sunt amputările.

Un aspect a fost unic în programul nostru și s-a dovedit a fi o tehnică de formare de succes. La începutul programului de 2 zile, i-am împărțit pe participanți în grupuri de câte 10, care se întâlneau în cursul programului. La prima lor întâlnire, după ce au făcut cunoștință, și-au împărtășit aspecte ale propriilor experiențe ale durerii. Fiecare participant a fost încurajat să facă aceasta și, deși în aparență experiențele lor legate de suferință erau diferite, exista sentimentul profund că fiecare experimentase durerea pierderii și a doliului. Această conștientizare a

experiențelor asemănătoare a contribuit la dinamica grupului și i-a făcut pe membrii acestuia să se apropie unii de alții într-o perioadă de timp relativ scurtă.

Pe de altă parte, o mare parte din timp a fost acordată jocului de rol în diferite situații legate de durere. Pentru a facilita aceasta, am conceput niște schițe bazate pe cazurile din dosarele mele, care reprezentau o varietate de situații și probleme legate de durere. Acestea sunt incluse la sfârșitul acestui capitol și pot fi folosite pentru formarea specialiștilor. Jocul de rol a fost stabilit într-un format similar celui pe care îl foloseam la Facultatea de Medicină Harvard pentru a le forma studenților la medicină abilitățile de consiliere, în special cu pacienții muribunzi și cu familiile îndoliate.

Procedura presupune ca membrii grupului care se oferă din proprie inițiativă să joace diferite roluri, care pot fi de rude sau prieteni, dar care întotdeauna includ și un consilier cu o oarecare abilitate. Rolurile sunt atribuite celor care se oferă, iar aceștia sunt rugați să le citească și să se conformeze scenariului. Li se cere, de asemenea, să nu discute rolurile între ei. **Este foarte important ca fiecare să cunoască doar propriul rol și nu întreaga schiță, întrucât aceasta stimulează creativitatea și adaugă considerabil vitalitate și realism întregii situații a jocului de rol.** În timp ce cei care joacă rolurile nu se află în încăpere, conducătorul grupului le citește celorlalți membri ai grupului doar rolul consilierului. Apoi interpreții sunt chemați înapoi în încăpere și ședința poate începe.

Conducătorul grupului lasă ca jocul de rol să se desfășoare atât cât i se pare productiv și apoi oferă rolul consilierului altui membru al grupului. Aceasta se repetă de câteva ori, astfel încât două sau trei persoane să își încerce abilitățile de consiliere. Apoi, întregul proces este criticat și evaluat. Diferitele persoane care joacă rolul consilierului sunt rugate să explice direcția pe care au mers și ce anume au avut în vedere, iar persoanele care au jucat rolul celor îndoliați arată care dintre intervenții a fost de ajutor și care nu.

Observatorii din cadrul grupului își împărtășesc observațiile, iar conducătorul grupului poate să adauge propriile sugestii. După critică, aceeași situație poate fi jucată din nou sau grupul poate alege altă situație. Participanților care au jucat un rol și, în special celor care au jucat rolul consilierului, li se reamintește că nu se așteaptă nimeni ca ei să fie perfecți și că se află acolo întrucât au dorit să-și dezvolte abilitățile.

Deși, în mod evident, două zile nu înseamnă destul timp pentru dezvoltarea experienței de consiliere în domeniul suferinței, a părut a fi un format favorabil și am repetat programul pentru diferiți profesioniști din domeniul sănătății din întreaga țară. Ipoteza de bază a acestui workshop este că participanții deja au o anumită înțelegere și abilități ca și practicieni în domeniul sănătății mentale. Scopul workshopului a fost să le dea informații în plus despre aspectele speciale ale doliului și să le ofere experiență practică despre cum se realizează consilierea, care să fie criticată în fața unui grup de persoane cu aceeași profesie.

Multe dintre schițe sunt gândite să se adreseze problemelor ce vizează consilierea durerii și nu terapia durerii. Terapia durerii este o procedură mult mai complicată și nu poate fi abordată în asemenea manieră abreviată.

Din nou, așa cum am subliniat pe parcursul acestei lucrări, oamenii nu ar trebui să profeseze terapia durerii decât dacă au instruirea și formarea adecvate. Aceasta presupune o cunoaștere profundă a psihodinamicii, inclusiv abilitatea de a evalua potențialul de decompensare a pacientului sau clientului. Există foarte multe persoane care încearcă să profeseze ca psihoterapeuți fără studii și formare adecvate. Una dintre cele mai valoroase calități ale unui bun terapeut este să-și cunoască propriile limite și să știe când să-l îndrume pe client către un profesionist mai experimentat sau să se consulte cu acesta din urmă.

### **Schița nr. 1 a durerii**

Femeia: În urmă cu 2 săptămîni, soțul tău, în vîrstă de 33 ani, a plecat de acasă cu mașina la o întîlnire într-un loc aflat la cîteva sute de km. de casă. El trebuia să-și petreacă acolo noaptea și să revină acasă a doua zi, ceea ce însă nu s-a întîmplat. Cîteva zile mai tîrziu, cadavrul său a fost găsit într-o mașină pe o șosea îndepărtată, unde părea că murise din cauza unui atac de cord. Descompunerea s-a produs rapid, din cauza căldurii, și ai fost sfătuită să nu îi vezi trupul. Ai fost la slujba de înmormîntare și la înmormîntare care au avut loc într-un stat aflat la o distanță mare de casă. Nici acum nu-ți vine să crezi că este mort și încă îl aștepți să vină acasă. Plîngi într-una și nu știi ce să faci, motiv pentru care ai apelat la consiliere.

Consilierul: O femeie în vîrstă de 58 de ani și-a pierdut soțul în urma unui atac de cord suferit în timp ce acesta se afla într-o călătorie de afaceri. Nu i-a văzut niciodată cadavrul și îi este greu să creadă că, într-adevăr a murit. Ajut-o cu prima sarcină a doliului și cu orice altceva ar avea nevoie să o ajuti.

Din Grief Counseling and Grief Therapy, a doua ediție, de J. WILLIAM WORDEN, PH. D., Copyright 1991, Springer Publishing Company

### **Schița nr. 2 a durerii**

Tatăl: Fiul tău, în vîrstă de 17 ani, a murit într-un accident de mașină, în timp ce călătorea ca pasager în aceasta, împreună cu alți adolescenți. Ești extrem de furios pe medici și pe spital pentru că i-au făcut autopsie băiatului tău. Ai coșmaruri despre cum el a fost tăiat fără să fie nevoie, din moment ce era evident că murise ca urmare a rănilor suferite în urma accidentului. Uneori ești

furios pe oricine se află în preajma ta. Soția ta a sugerat să discuți despre aceasta cu un specialist.

Consilierul: Ești rugat să discuți cu un tată al cărui fiu de 17 ani a fost ucis într-un accident de automobil. Tatăl este extrem de furios. Rolul tău este să îl ajuți să pună ordine în sursele mâniei sale și să-l ajuți să-și direcționeze furia într-un mod în care să se descarce.

Din Grief Counseling and Grief Therapy, a doua ediție, de J. WILLIAM WORDEN, PH. D., Copyright 1991, Springer Publishing Company

### **Schița nr. 3 a durerii**

Femeia: Ai 38 de ani și ești necăsătorită. În urmă cu 3 luni, tatăl tău vitreg, care era alcoolic, a murit subit în urma unui atac de cord. A apărut în viața ta când aveai 3 ani și, de-a lungul timpului, te-a abuzat fizic și sexual, pînă cînd ai plecat de acasă cînd aveai 17 ani. Te-ai bucurat atunci cînd ai auzit că a murit, te bucuri că, în sfîrșit, a ieșit din viața ta și îți aduci aminte numai lucruri rele despre el. De cînd a murit, l-ai visat de cîteva ori cum întindea brațele către tine. Nu ești sigură de sensul viselor, dar te trezești din ele supărată și nu mai poți adormi. Somnul tău deranjat a început să-ți afecteze randamentul la muncă, așa că ai hotărît să mergi la consiliere.

Consilierul: O femeie de 38 de ani, necăsătorită, are dificultăți de somn de 3 luni, de cînd tatăl ei a murit subit în urma unui atac de cord. Examinează-i simptomele în lumina pierderii ei recente. Dacă există aspecte legate de suferință asupra cărora ar trebui lucrat, ajut-o să le identifice și să le exprime.

Din Grief Counseling and Grief Therapy, a doua ediție, de J. WILLIAM WORDEN, PH. D., Copyright 1991, Springer Publishing Company

#### **Schița nr. 4 a durerii**

Femeia: Ești o femeie necăsătorită, în vîrstă de 51 de ani, a cărei mamă a murit. Ați locuit întotdeauna împreună și ați avut o relație strînsă, dar ambivalentă. Ai îngrijit-o pe mama ta pe parcursul îndelungatei sale boli care a inclus cîteva spitalizări. Mama ta era o persoană dificilă și, de cîteva ori în timpul ultimilor ani, i-ai spus la mînie că, dacă nu se va însănătoși, o vei trimite la azil. Nu ai fi trimis-o, dar acum cînd este moartă, îți este foarte dor de ea și te simți foarte vinovată că i-ai spus acele lucruri.

Consilierul: O femeie în vîrstă de 51 de ani, necăsătorită, ți-a solicitat ajutorul pentru faptul că se simte vinovată de cînd a murit mama ei. Sarcina ta este să o ajuți să experimenteze vinovăția reală și să găsească o cale prin care să îi facă față mai bine.

Din Grief Counseling and Grief Therapy, a doua ediție, de J. WILLIAM WORDEN, PH. D., Copyright 1991, Springer Publishing Company

#### **Schița nr. 5 a durerii**

Văduv: Ai vîrsta de 29 de ani și cea care ți-a fost soție timp de 6 ani a murit de cancer în urmă cu 4 luni, lăsîndu-te cu un fiu de 3 ani și o fiică de 5 ani. Ați avut o căsnicie bună, iar acum suferi foarte mult și dorești să găsești ceva care să pună capăt durerii pe care o simți. Crezi că numai dacă te vei recăsători, vei depăși

această suferință. Te-ai întâlnit cu câteva femei, dar fiecare te-a făcut să te simți și mai deprimat decât înainte. Totuși, încă crezi că, dacă te vei recăsători curînd, copiii tăi vor avea o nouă mamă, te vei simți mai bine și suferința va dispărea. Te vei duce la consilierul pentru pierderi prin deces de la sanatoriul unde a fost îngrijită soția ta.

Consilierul: Ai fost rugat să te întâlnești cu un bărbat în vîrstă de 29 ani, a cărui soție a murit de cancer în sanatoriu, în urmă cu 4 luni. Nu ai lucrat înainte de deces cu familia, dar acum îl vei întâlni pe soț, în cadrul programului de continuare a supravegherii celor care au suferit o pierdere prin deces.

Din Grief Counseling and Grief Therapy, a doua ediție, de J. WILLIAM WORDEN, PH. D., Copyright 1991, Springer Publishing Company

### **Schița nr. 6 a durerii**

Femeie: În ultimii 3 ani, ți-ai pierdut mama, tatăl, fratele și un prieten apropiat. Toate aceste pierderi ți-au tocit simțurile. Atunci cînd simți ceva, conștientizezi mai mult stările de anxietate, decât pe cele de tristețe. Anxietatea a crescut în ultimele luni și ai fost la doctor de câteva ori ca să te lămurești de ce ai palpitații cardiace. Medicul spune că, din punct de vedere fizic, ești bine, dar că simptomele sunt asociate stresului și anxietății. Ți-a recomandat să te duci la un consilier care să te ajute să faci față mai bine stresului.

Consilierul: Un coleg medic a trimis la tine o pacientă ca să o ajuți să facă față mai bine stresului. A pierdut cîțiva membri de familie și un prieten în trecutul apropiat. Evaluează relația dintre aceste pierderi și stresul ei și realizează o intervenție corespunzătoare asupra acestor probleme.

### **Schița nr. 7 a durerii**

Soția: Fiul tău, în vîrstă de 8 ani a murit de leucemie în urmă cu 2 ani. Încerci să accepți pierderea, dar te temi că, o dată cu trecerea timpului, ai putea să uiți amănunte importante din viața copilului tău și din timpul petrecut împreună. Ca să eviți ca aceasta să se producă, ai păstrat intactă camera copilului tău, așa cum era atunci cînd el a murit. Soțul tău este supărat din această cauză. El consideră că, după 2 ani, camerei ar trebui să i se dea o altă destinație și doar o parte din lucrurile din ea să fie păstrate. De fiecare dată cînd discuți cu el pe această temă, vă certați și simți că te înstrăinezi de el.

Soțul: După moartea, în urmă cu 2 ani, a fiului tău, în vîrstă de 8 ani, care suferea de leucemie, nimic nu a fost schimbat în camera lui. Aceasta nu a constituit pentru tine o problemă atunci, dar acum, după 2 ani, o forțezi pe soția ta să păstreze amintirile importante din acea cameră și să-i dea o altă destinație. Pentru tine, păstrarea intactă a camerei nu face decît să sporească amintirile dureroase. Soția ta nu vrea să fie rațională și nu vrea să schimbe camera.

Consilierul: Un cuplu a venit la tine ca să arbitrezi o dispută pe care o au privind camera copilului lor mort și lucrurile din aceasta. Soțul dorește să-i dea o altă destinație camerei, dar soția nu este de acord. Ajută-i să rezolve această problemă și să se pună în contact cu temerile și sentimentele lor profunde generate de această situație.



Din Grief Counseling and Grief Therapy, a doua ediție, de J. WILLIAM WORDEN, PH. D., Copyright 1991, Springer Publishing Company

### **Schița nr. 8 a durerii**

Soția: În urmă cu 7 luni, tatăl tău, în vîrstă de 78 de ani, s-a sinucis, împușcîndu-se în cap. Aceasta a însemnat pentru tine un șoc, iar el nu a lăsat nici un bilet prin care să explice gestul său. Mama a murit în anul anterior și, deși tatăl tău locuia departe, vorbeai deseori la telefon și credeai că se adaptase corespunzător pierderii. De cînd a murit, ai fost iritabilă și tăioasă cu toți cei din jurul tău, în special cu soțul tău. El și-a pierdut răbdarea cu tine și te-a amenințat că va pleca de acasă. Ai fost de acord, dar fără tragere de inimă, cu soțul tău, care ți-a spus să mergeți la un consilier.

Soțul: Socrul tău s-a sinucis prin împușcare recent, la un an după ce și-a pierdut soția. Aceasta a constituit un șoc pentru tine și soția ta. El nu a lăsat un bilet prin care să explice motivele sinuciderii. De la moartea socrului tău, soția ta a devenit insuportabilă. O irită orice lucru pe care îl faci. Te-ai săturat de acest comportament și ai amenințat-o că o vei părăsi. Înainte să faci aceasta, dorești să mai acorzi o șansă consilierii, deși nu îți pui mari speranțe.

Consilierul: Vei întîlni un cuplu aflat la un pas de despărțire. Știi din contactul telefonic inițial cu soțul că tatăl soției a decedat de curînd. La evaluarea pe care o faci, verifică pînă unde aspectele legate de durerea pierderii contribuie sau nu la dizarmonia lui maritală.

Din Grief Counseling and Grief Therapy, a doua ediție, de J. WILLIAM WORDEN, PH. D., Copyright 1991, Springer Publishing Company

### **Schița durerii nr. 9**

Mama: Copilul tău a murit în spital la 3 luni de viață. Au trecut 15 luni de la deces și încă te simți foarte deprimată. Ai participat la o ședință a unui grup de părinți îndoliați și ai plecat spunând : „ *Împărtășirea poveștilor nu este ceea ce am eu nevoie.*”

Simți multă mînie față de soțul tău pentru că nu a fost de față cînd bebelușul a murit și pentru că le dă mai multă atenție decît ție celor 2 copii ai voștri. Propriul tău tată v-a abandonat pe tine și familia ta cînd aveai 5 ani. Recent ți-ai visat copilul mort care îți spunea: „ *Nu mi-ai dat nicio șansă.*”

Un prieten ți-a sugerat să vorbești cu un consilier.

Tatăl: La 3 luni de viață, nou-născutul tău a murit în spital, din cauza unor complicații congenitale. Te simți oarecum vinovat de moartea lui și acum le acorzi celor 2 copii pe care îi ai mai multă atenție decît le dădeai înainte de moartea lui. Soția ta este într-o stare de depresie de 15 luni de cînd a survenit pierderea. Tristețea ei te deranjează și îți creează o senzație de neajutorare. Singura cale pe care o cunoști ca să o ajuți este să pari puternic și încrezător. Aceasta nu a fost însă de folos. Ea va merge să vorbească cu un consilier și dorește să o însoțești. Tu simți că ești bine, dar accepți să mergi cu ea dacă îi va fi de ajutor.

Consilierul: Un cuplu și-a pierdut copilul la 3 luni după naștere. Soția este depresivă de 15 luni, de cînd s-a întîmplat. Soțul și soția vor veni împreună la

prima ședință de consiliere. Sarcina ta este să vezi care este suferința lor și să decizi dacă vei lucra cu ei individual, în cuplu sau cu întreaga familie.

Din Grief Counseling and Grief Therapy, a doua ediție, de J. WILLIAM WORDEN, PH. D., Copyright 1991, Springer Publishing Company

### **Schița nr. 10 a durerii**

Tatăl: Soția ta a murit în urmă cu 10 luni, lăsându-te cu 3 copii: o fiică de 14 ani și 2 fii, unul de 11 ani și altul de 6 ani. Faci tot ceea ce îți stă în putință ca să te descurci ca părinte singur, dar munca te solicită multe ore și faci navete lungi. Credeai că, după moartea mamei lor, copiii vor fi uniți, dar se pare că ei merg pe drumuri separate. În mod special, te enervează fiica ta, care se revoltă când vine vorba de treburile casnice, activități pe care consideri că ar trebui să le facă, ținând cont că este fată și copilul cel mai mare. Atunci când consilierul școlii a sunat să-ți comunice că ea are absențe nemotivate, ai fost de acord să mergi la un consilier de familie.

Fiica: Ai 14 ani și ți-ai pierdut mama, bolnavă de cancer, în urmă cu 10 luni. Ți-e dor de ea și consideri că tatăl tău a devenit cea mai mare problemă de când ea a murit. Se așteaptă ca tu să pregătești mic dejunul și cina, să faci cumpărături și să ai grijă de frățiorul tău în vîrstă de 6 ani. Toate acestea te revoltă, la școală ai rezultate slabe de când a murit mama ta și preferi să-ți pierzi timpul pe la mall împreună cu prietenii decît să mergi la ore. Consideri că acela este timpul tău liber, din moment ce treburile casnice nu-ți mai lasă timp pentru tine. Accepți fără tragere de inimă să mergi la un consilier de familie.

Fiul: În urmă cu 10 luni, când tocmai împliniseși 11 ani, mama ta a murit de cancer. De atunci, lucrurile merg haotic acasă și preferi să nu stai acolo. Îți petreci majoritatea timpului cu prietenii. Sora ta mai mare face pe șefa cu tine și te revolți atunci când îți spune ce să faci. Îți place frățiorul tău care are 6 ani, dar nu ai multe activități împreună cu el.

Fiul: Ai 6 ani. De la moartea mamei tale, în urmă cu 10 luni, te simți abandonat. Nu prea înțelegi ce s-a întâmplat cu mama ta și unde este ea acum. Nu te-au luat la înmormântare. Noaptea o visezi și aceasta îți face oarecum bine. Ai puțini prieteni cu care să te joci la școală și după ore, iar în week-end îți petreci cea mai mare parte a timpului uitându-te la televizor.

Consilierul: Școala ți-a trimis o familie la consiliere, care poate include și consilierea pierderii. Mama a murit de cancer în urmă cu 10 luni, lăsând în urmă un soț și 3 copii: o fiică de 14 ani, un fiu de 11 ani și un fiu de 6 ani. Fiica chiulește de la școală și nu are note bune. Băieții nu au dificultăți cu școala, dar, potrivit învățătoarei, băiețelul de 6 ani pare „*pierdut*” și nu prea știe ce să facă cu el. Evaluează această familie și dezvoltă o strategie de intervenție,

Din Grief Counseling and Grief Therapy, a doua ediție, de J. WILLIAM WORDEN, PH. D., Copyright 1991, Springer Publishing Company

### **Schița nr. 11 a durerii**

Tînărul: Cel care ți-a fost iubit timp de 8 ani a murit de SIDA în urmă cu 6 luni. Ați locuit împreună în aceeași casă și ai avut grijă de el pînă când a murit acasă. Simți că ai fost copleșit de durere în timpul celor 18 luni cît a fost bolnav. Sora lui mai mare îți telefonează adesea pentru suport emoțional. Deși îți place de ea și

ai vrea să o ajuți, de câte ori te sună te simți trist și ai prefera să nu te sune atât de des. Fratele ei a fost un capitol important în viața ta și îi duci dorul, dar acum vrei să-ți continui viața. Accepți, dar fără tragere de inimă, să o însoțești la o singură ședință la consilierul ei, sperînd ca după aceea ea să nu te mai caute.

Sora: Fratele tău, care era cu 7 ani mai mic decît tine, a murit de SIDA în urmă cu 6 luni. L-ai ajutat pe cel care a fost timp de 8 ani iubitul lui să aibă grijă de el, în timpul celor 18 luni cît a durat boala. Ești obișnuită să ai grijă de altcineva, întrucît mama ta a murit cînd aveai 12 ani, lăsîndu-te pe tine, cea mai mare, să ai grijă de restul familiei. Te simți singură și fără sprijin în suferința ta. Ești supărată că iubitul fratelui tău și soțul tău vor să dea de-o parte această dificilă pierdere și să-și vadă în continuare de viață.

Soțul: Soția ta și-a pierdut fratele bolnav de SIDA, în urmă cu 6 luni. Îți plăcea fratele ei. Ai sprijinit-o și ai înțeles-o pe soția ta în timpul celor 18 luni de boală, dar te-ai simțit ușurat după ce el a murit. Pentru tine aceasta a însemnat că se terminase calvarul și că te puteai întoarce la viața obișnuită. Totuși, soția ta plînge foarte mult, refuză să se întoarcă la lucru, iar tu te simți frustrat, supărat și neajutorat. Accepți, dar fără tragere de inimă, să mergeți la un consilier, sperînd că aceasta va însemna sfîrșitul tuturor problemelor.

Consilierul: Ai o consultație cu o femeie al cărei frate mai mic a murit de SIDA în urmă cu 6 luni. Îi aduce pe soțul ei și pe iubitul fratelui ei. Sarcina ta este să aduci la lumină aspectele dureroase și să le înlesnești exprimarea în contextul familial.

Din Grief Counseling and Grief Therapy, a doua ediție, de J. WILLIAM WORDEN, PH. D., Copyright 1991, Springer Publishing Company

### **Schița nr. 12 a durerii**

Mama: Fiul tău, în vîrstă de 15 ani, a fost omorît pe neașteptate într-o seară, în urmă cu un an. Era pasager într-o mașină condusă de prietenul său, în vîrstă de 16 ani, iar mașina a scăpat de sub control. De atunci ești de neconsolat. Băiatul era primul tău născut, era talentat și era, în mod clar, preferatul tău. Nu poți înțelege de ce soțul tău și ceilalți 2 copii ai voștri nu sunt la fel de copleșiți de durere ca și tine. Ai momente cînd îți descarci furia adîncă către soțul tău, băiatul care a condus mașina sau către fiul tău mai mic care nu vorbește despre fratele lui decedat.

Tatăl: Ți-ai pierdut băiatul, în vîrstă de 15 ani, într-un accident de mașină în urmă cu un an. În primele 2 luni te-ai simțit distrus și plîngeai foarte mult atunci cînd erai singur. Deși îi duci încă dorul, consideri că soția ta și ceilalți 2 copii trebuie să-și continue viața. Soția ta plînge foarte mult și simți tensiune în familie. Din acest motiv, ai luat legătura cu un consilier de familie, să pună lucrurile la punct.

Fratele: Ai 13 ani și fratele tău, în vîrstă de 15 ani, a murit într-un accident de mașină, pe care o conducea un prieten. Întotdeauna te-ai simțit în inferioritate față de fratele tău și te-ai simțit într-un fel ușurat atunci cînd a murit. Acum te simți vinovat pentru aceste sentimente. Amintirea și prezența lui persistă în casă, dar cînd se vorbește despre el, tu te ridici și pleci din cameră. Acest comportament al tău îi supără pe cei din familie, dar ție nu-ți pasă.

Sora: Ești sora în vîrstă de 9 ani a unui baiat de 15 ani, care a murit atunci cînd mașina cu care călătorea a scăpat de sub control. Te simți tristă și ți-e dor de fratele tău. Tristețea ta este și mai mare pentru că mama ta nu este la fel de apropiată de tine cum era înainte și simți că ai pierdut-o și pe ea. Nu ești sigură de ce ai de făcut ca să o recapeți pe mama ta.

Consilierul: Ai fost contactat să consiliezi pentru durere o familie, de către tatăl unui băiat de 15 ani, care a murit într-un accident de mașină, în urmă cu un an. Rolul tău este să te întâlnești cu ei, să evaluezi problemele și să sugerezi o modalitate adecvată de intervenție.

Acest scenariu poate fi jucat în câteva ședințe de terapie.

Din Grief Counseling and Grief Therapy, a doua ediție, de J. WILLIAM WORDEN, PH. D., Copyright 1991, Springer Publishing Company